ÉTUDES

DE

CLINIQUE INTERNE

PAR

LE D[R] EDM. SOLLES

Ex-lauréat (anatomie) de l'École de Bordeaux ; ex-interne de l'hôpital Saint-André ;
Ex-chef de clinique médicale ;
Ex-aide-major du 3e bataillon des mobiles de la Gironde (1870-1871) ;
Médecin en chef de l'hospice de Pellegrin ;
Professeur agrégé de la Faculté de médecine de Bordeaux,
etc., etc.

PARIS
J.-B. BAILLIÈRE et FILS, ÉDITEURS
Rue Hautefeuille, 19.
Près du Boulevard Saint-Germain.

BORDEAUX
FÉRET et FILS, ÉDITEURS
Libraires de la Faculté de Médecine de Bordeaux
Cours de l'Intendance, 15.

1879

R38276

A LA MÉMOIRE

DU PROFESSEUR ÉLIE GINTRAC

MEMBRE DE L'INSTITUT

Mon premier Maître.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI GINTRAC

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

ET

A MONSIEUR LE SÉNATEUR FOURCAND

ANCIEN MAIRE DE BORDEAUX;

Pour leur bienveillante sympathie.

Dr EDM. SOLLES.

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b21729438

PRÉFACE

Ce n'est pas sans un sentiment de crainte, que je livre au corps médical, public d'élite, ce recueil de faits cliniques.

J'ai mis en œuvre un grand nombre de maladies, observées dans ma clientèle, et parmi lesquelles j'ai fait un choix. Tout ce qui m'a paru échapper à la loi commune par l'étiologie, la symptomatologie, le facies clinique et la thérapeutique employée, et qui pouvait prêter à multiple interprétation, forme exclusivement le fond de ce travail. Je ne me dissimule pas qu'il sera passible, en ses déductions, du double reproche de témérité trop grande ou d'excessive réserve, suivant le tempérament et les doctrines de chaque lecteur.

En outre, ce recueil ne contient qu'un seul examen nécroscopique, et encore fait au pied levé. Cette sanction dernière du diagnostic n'a donc pu me servir d'appui, en raison du petit nombre de morts que je relate, et de la difficulté bien connue d'obtenir, dans la clientèle, l'autorisation de recherches cadavériques.

J'expose des observations que je crois dignes d'intérêt, recueillies sans hâte, sans parti pris de plier les faits aux théories, avec l'unique souci d'avoir bien vu, bien traduit, et d'avoir été sincère.

Dans les commentaires, je dis avec impartialité et mes doutes et mes affirmations, en faisant toujours appel au contrôle de mes confrères et aux investigations nouvelles de la science.

Je m'estimerais heureux d'avoir trouvé ou seulement pressenti une part, si minime fût-elle, de vérité ou d'utilité.

Dr Solles.

Bordeaux, ce 29 septembre 1878.

ÉTUDES CLINIQUES

CHAPITRE PREMIER

DES CARDIOPATHIES PRÉCÉDÉES DE LÉGÈRES ATTEINTES DE RHUMATISME ET CARDIOPATHIES D'EMBLÉE.

Le rhumatisme atteint souvent le cœur d'une façon insidieuse et sans éveiller un appareil aigu, fébrile, qui mette le médecin et le malade en garde contre les débuts de l'affection.

Il se passe, pour le cœur, ce qui arrive pour les muscles, les articulations, les tissus fibreux, de sujets pris de rhumatismes d'emblée sous-aigus ou chroniques ou vagues.

L'habitude que nous avons de voir l'endocardite et la péricardite se développer à l'occasion du rhumatisme articulaire aigu, nous fait négliger, le rhumatisme chronique des organes profonds. Cependant de frappantes analogies sans compter l'observation directe devaient nous conduire dans cette voie de recherches. Ainsi, nous savons que la péricardite *à frigore* ou non peut souvent passer inaperçue, et qu'une division dans le cadre nosologique a été réservée à ces cas, dans lesquels la douleur précordiale est à peine accusée et la fièvre insignifiante, sous le nom de *péricardites latentes*. Il y a aussi des pleurésies circonscrites dites *latentes*, que je soupçonne fort d'être rhumatismales et dont l'existence n'est pas contestée.

En outre, l'occasion se présente de voir éclater des accidents d'embolie, chez des malades qui n'ont jamais eu de rhumatismes aigus et qui n'accusent dans leur passé que des douleurs vagues, musculaires, ou fixées sur des tissus fibreux articulaires. Jamais le rhumatisme ne les a obligés à garder le lit; c'est à peine s'ils parlent d'une douleur sourde, précordiale, d'un peu de gêne de la respiration. A l'autopsie, on trouve des lésions qui expliquent l'embolie et la même série des désordres matériels, concrétions, calcifications, végétations, déformations, rétrécissements et insuffisances, identiques aux lésions plus ou moins lointaines qui suivent les endocardites du début ou du cours du rhumatisme articulaire aigu.

Il n'est pas possible, dans l'état actuel de la science, de rapporter toutes les lésions des orifices, des valvules ou de l'origine de l'aorte, au vice rhumatismal. On croit que la goutte, l'herpétisme, la scrofule, la syphylis, l'alcoolisme, peuvent donner lieu à de semblables altérations, sans en avoir cependant une démonstration rigoureuse. La coïncidence de dépôts articulaires tophacés, d'éruptions habituelles à la peau, de scrofulides, d'arthritides ou de syphylides, avec des lésions cardiaques, nous autorise à croire ces dernières de même nature que les manifestations diverses du génie goutteux, herpétique, syphylitique, arthritique ou scrofuleux. Nous sommes enclins, et cela n'est pas déraisonnable, à rattacher une maladie organique du cœur, non précédée de rhumatismes aigus, à l'une de ces grandes diathèses ou à l'influence, soit de l'alcolisme, soit de la vieillesse. Ceci est de pratique courante.

Au contraire, nous sommes tenus à la plus stricte réserve, quand nous ne pouvons invoquer comme raison étiologique d'une maladie de cœur, ni le rhumatisme aigu, ni la goutte, ni l'herpétisme, ni la scrofule, ni la syphylis, ni l'athérome sénile.

J'ai cité un cas de néphrite rhumatismale développée sans appareil aigu (voir page 54). Le cœur ne peut-il être atteint, sans grande réaction, comme tout autre muscle ou tout autre ligament?

Il y a là une division des maladies du cœur dont la raison nous échappe et dont une partie, à mon avis, doit se rattacher à l'état rhumatismal. Il n'y a que le processus qui varie ; il n'affecte pas la forme aiguë. Il faut donc rechercher si le cœur peut être atteint primitivement et chroniquement par le rhumatisme ou secondairement, après des apparitions légères, torpides du génie rhumatismal, soit du côté de la peau, des muscles ou des articulations.

Déjà cette possibilité était entrevue. Guéneau de Mussy, Besnier avaient remarqué cette marche insolite du rhumatisme. Dans son chapitre sur le rhumatisme abarticulaire [1], Besnier dit avec raison : « ..... ce serait une illusion de croire qu'en réalité, dans » l'individu, l'évolution de la maladie rhumatismale se soumette à » aucun ordre hiérarchique ; la première localisation de la maladie » peut être profonde et les accidents les plus superficiels, les plus » éphémères, peuvent encore évoluer alors que la maladie a depuis » longtemps imprimé son cachet à l'individu par les lésions les plus » profondes. »

Guéneau de Mussy ne s'était pas contenté de cette simple affirmation de faits, entrevus d'ailleurs par beaucoup d'auteurs. Sur soixante-huit cas de lésions artérielles d'origine rhumatismale, il avait noté que trente-quatre avaient été précédés de rhumatisme articulaire aigu, cinq de rhumatisme articulaire chronique et vingt-sept de manifestations indéterminées pouvant être goutteuses ou rhumatismales. Ce n'est pas forcer les analogies que de comparer l'action rhumatismale sur les artères à son influence sur le centre circulatoire. D'ailleurs la liaison est si intime et la connexité si grande entre les désordres artériels et les altérations de l'origine de l'aorte et des différentes valvules des issues du cœur, qu'il est impossible dans la grande majorité des cas de les trouver séparées.

Avant eux, Pétrequin de Lyon s'était déjà inspiré dans sa pratique de cette pensée que le vice rhumatismal, après une courte apparition

(1) *Diction. encycl. des sciences médicales*, art. Rhumatisme.

sur les parois thoraciques, pouvait se fixer sur le péricarde et l'endocarde. Il avait raison de surveiller de près et d'attaquer vivement les pleurodynies fébrile ou non, et les exemples qu'il cite prouvent que non-seulement la pleurésie, ce qui est un fait bien connu, mais encore la péricardite et l'endocardite peuvent être la conséquence des manifestations douloureuses, *à frigore* ou bien rhumatismales, des muscles voisins des séreuses et du cœur.

Je possède plusieurs observations, dans lesquelles je crois avoir distingué ce mode d'envahissement profond du rhumatisme, que je soumets à mes lecteurs.

Si ce n'est pas une illusion, on comprend l'intérêt de l'examen attentif des mouvements, des bruits du cœur, ainsi que de la forme du pouls. La thérapeutique, en outre, gagnerait en décision et en efficacité.

L'attention bien éveillée sur les douleurs obscures qui précèdent ou accompagnent le rhumatisme du cœur à forme torpide, entraine non-seulement un examen approfondi de cet organe, mais encore une thérapeutique, dont les indications se tirent de l'état rhumatismal lui-même.

Je n'ai assisté que deux fois aux périodes de début de cette variété d'envahissement rhumatismal profond, mais je crois pouvoir affirmer que la conduite logique du praticien serait, en pareil cas, d'user de révulsifs locaux, d'administrer l'iodure de potassium à doses moyennes et de stimuler puissamment le travail de la peau, de façon à congestionner la périphérie au grand bénéfice du centre.

Une question préalable se pose : A quoi reconnaître l'atteinte du cœur dans cette forme de rhumatisme sous-aigu ou même chronique?

C'est précisément sur ce point que mon travail se propose d'appeler l'attention du corps médical. Pour ma part, je signale exclusivement ce que l'histoire attentive des commémoratifs m'a appris, c'est-à-dire la persistance, pendant un temps variable, de douleurs antérieures vagues, plus ou moins fixes, mais ayant sévi, de préférence, sur la région précordiale. En général, les malades de la

catégorie que j'étudie ont accusé des douleurs qu'ils rapportaient au cœur et de la dyspnée. Sortir de là, serait dépasser l'observation. Cependant, il n'est pas téméraire de supposer que la percussion, l'auscultation et la sphygmographie décéleraient un état de gêne, au début, des mouvements du cœur. Dans quelques cas rares, observés près du début, j'ai pu voir le débit du sang être gêné, le pouls affecter prématurément des caractères de sénilité.

Dans les hôpitaux, j'ai souvent rencontré des malades en proie à des lésions organiques du cœur, arrivés à la cachexie cardiaque et dont les antécédents morbides ne présentaient pas d'attaques de rhumatisme articulaire aigu.

Me défiant, à bon droit, de la fidélité de leurs souvenirs, de leur incurie habituelle pour les détails de leur santé, je tenais alors peu de compte des renseignements fournis par ces malades. J'ai dû garder sans profit, dans mes notes, un grand nombre de cas entachés de ce vice originel et dont quelques-uns étaient suspects d'alcoolisme. Cependant, le fait m'avait frappé. Au contraire, dans la clientèle de la ville, j'attachais de l'importance aux commémoratifs chez des malades intelligents, soucieux de leur santé et entourés, d'ailleurs, de parents ou d'amis qui complétaient les réponses à mon interrogatoire. Là, comme dans les hôpitaux, je trouvai donc un certain nombre de maladies de cœur que le rhumatisme aigu ne pouvait revendiquer. En outre, l'herpétisme, la goutte, la scrofule, la syphilis, l'alcoolisme, la vieillesse, ne pouvaient être invoqués comme fauteurs de ces lésions organiques.

Par voie d'exclusion, j'en arrivai donc à considérer ces lésions cardiaques, tantôt comme primitives, rhumatisme cardiaque chronique d'emblée, tantôt comme consécutives à d'autres manifestations rhumatismales de même nature. Dans les quelques observations que j'ai recueillies, on peut voir la constance des douleurs plus ou moins obscures qui précèdent la maladie de cœur ou qui coïncident avec elle.

Dans un seul cas, observé à loisir, j'ai remarqué des manifesta-

tions rhumatismales à la peau alterner avec des douleurs musculaires des parois thoraciques, des douleurs précordiales, des palpitations cardiaques et une bronchite particulière que je n'ai pas craint de qualifier de rhumatismale. Enfin, dans ce même cas, j'ai pu assister à l'envahissement rhumatismal du cœur et, pour ainsi dire, à la naissance d'un rétrécissement aortique très-compatible, d'ailleurs, avec une santé moyenne.

Cette forme de rhumatisme cardiaque, indépendante de toute arthropathie antérieure rhumatismale est tacitement admise dans la science ; les observations faites de près, attentivement étudiées, manquent cependant pour constituer définitivement, cette division du cadre nosologique.

Je cite Besnier ([1]) : « Le plus souvent, l'affection cardiaque » rhumatismale propre, indépendante de toute localisation apparente et manifeste, évolue avec une grande lenteur ; son début est » aussi ignoré que peut l'être l'origine de certaines arthropathies » chroniques et elle peut laisser la vie se prolonger un très-grand » nombre d'années. On trouve dans les asiles de vieillards un certain » nombre de sujets qui n'ont guère eu que des manifestations vagues de rhumatisme, qui ne sont jamais sortis des limites indécises de la disposition arthritique considérée dans son acception la » plus vague et dont le cœur présente cependant les altérations les » plus positives du rhumatisme cardiaque. Ces cardiopathies sont » tout à fait *analogues aux affections rhumatismales du cœur que l'on observe en assez grand nombre encore* chez les sujets qui n'ont présenté » dans le cours de l'existence que de la chorée, du *rhumatisme chronique simple superficiel, du rhumatisme chronique fibreux, névralgique,* » *musculaire, du rhumatisme vague.* Il ne faut pas oublier ces faits, » quand il s'agit de déterminer exactement la nature d'une de ces » affections organiques du cœur, dont le mode pathogénique reste » inconnu et qui se présentent en nombre relativement assez » considérable. »

([1]) Besnier, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales,* art. RHUMATISME, p. 753.

On voit, par cet extrait d'un article très-remarquable, que le droit de cité existe pour la forme de cardiopathie que j'étudie; mais que son histoire est loin d'être faite. En effet, un grand nombre de déterminations douloureuses peuvent indifféremment se réclamer du rhumatisme, de la goutte et même de l'herpétis. Pas un argument isolé n'a de valeur absolue. Jusqu'ici, l'alternance, la coïncidence, l'hérédité morbides sont des raisons relatives suffisantes pour le clinicien, mais qui n'emportent pas de haute lutte la conviction pour le nosologiste. Je ne me dissimule pas même l'insuffisance des raisons tirées des résultats heureux de tel ou tel traitement qualifié d'anti-goutteux, d'anti-herpétique ou d'anti-rhumatismal.

Sur les confins encore indécis de la juridiction rhumatismale ou goutteuse, abstraction faite des cas types où la surcharge urique et les dépôts d'urates] lèvent tous les doutes, quel est le caractère spécial, absolument sûr, qui distingue la goutte du rhumatisme?

Pour le rhumatisme, sauf quelques cas signalés par l'abondance du phosphate de chaux, les recherches modernes n'ont abouti à aucune spécialité hématologique, propre à faire le départ entre certaines manifestations, goutteuses pour les uns, rhumatismales pour les autres. D'autre part, chez des goutteux ou leurs descendants, que de phénomènes douloureux, sans excès urique, impossibles cependant à détacher de leur origine spéciale et en tout semblables aux manifestations rhumatismales!

En présence de tous ces *desiderata* et, en général, de toutes les inconnues à résoudre dans la différence possible des effets plus ou moins lointains des maladies constitutionnelles, je me suis modestement proposé de soumettre mes observations telles quelles, sans théoriser, sans cacher cependant ma tendance à en faire un apport de matériaux destinés à ceux qui cherchent à préciser les vastes possessions du rhumatisme et à les différencier des autres maladies constitutionnelles et en particulier de la goutte.

Observation I

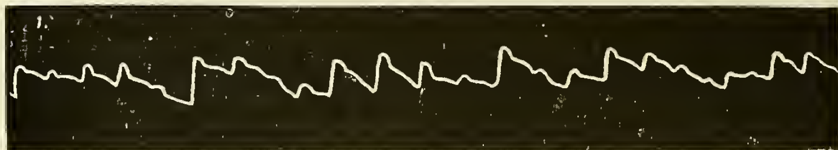
Mme D.., femme d'un négociant en vins, mère de famille, dans une position aisée, intelligente, quoique un peu crédule, était soignée depuis longtemps par deux médecins homœopathes. Pour sa maladie, encore innomée, elle avait été envoyée à Luchon, d'où elle revint beaucoup plus malade, ne pouvant plus marcher et dans un état de gêne extrême de la respiration, avec un œdème considérable des jambes et de fortes palpitations cardiaques.

Quelque temps après la saison des eaux, elle est prise de toux, de points de côté, à la suite d'un refoidissement.

C'est à une période très-avancée d'une pneumonie double que je fus appelé. Le cas me parut tellement grave, que je provoquai immédiatement une consultation; mes savants confrères, MM. H. Gintrac et Vergely, voulurent bien m'assister de leurs conseils. Ils jugèrent, avec raison, le cas irrémédiable.

A ma première visite, j'avais trouvé la malade assise, en orthopnée intense, la face cyanosée, le pouls fréquent, *très-irrégulier,* les membres inférieurs très-infiltrés. En outre, je pus constater tous les signes, non pas d'un simple œdème pulmonaire, mais d'une double pneumonie franche, au début, avec frissons initiaux, points de côté, toux, matité et crachats gris et, plus tard, d'un blanc caséeux, caractéristiques de la deuxième et de la troisième période. Enfin, l'oreille rendait encore plus évidente l'existence d'une pneumonie double; on entendait un gros souffle tubaire à l'expiration et à la périphérie de ce dernier des râles muqueux encore assez fins. D'ailleurs, au début, il y avait eu des crachats rouillés.

Il s'agissait d'une pneumonie *à frigore* double et compliquée d'une maladie cardiaque préexistante. A ma seconde visite, la malade avait de brèves syncopes et du délire. Je pris le tracé que voici et qui lève certainement tous les doutes. A l'auscultation du cœur, on entendait un bruit de souffle râpeux couvrant les deux bruits normaux.



Insuffisance mitrale et probablement léger degré de rétrécissement mitral sans compensation possible entre ces deux lésions, tel est le jugement que le pouls fait porter sur le cœur.

Là, comme dans les observations suivantes, je tins à m'éclairer sur

'origine et la nature de la lésion organique. D'après ce qui précède, il ne faut pas rattacher l'état cardiaque à l'état actuel des poumons; de plus, e mari, les enfants, elle-même, m'affirmèrent qu'elle n'avait jamais eu le rhumatisme articulaire aigu ni même musculaire; cependant elle accusait, et son entourage confirmait son dire, des douleurs opiniâtres, de faible intensité, ayant siégé aux épaules et plus particulièrement au niveau du sternum et du sein gauche. A la même époque, elle avait aussi souffert des deux poignets, sans gonflement ni fièvre. A l'occasion de ces douleurs, elle n'avait pas gardé le lit ni cessé de vaquer aux soins de sa maison. Cet ensemble de douleurs, sans réaction, datait de cinq à six ans et avait duré près de deux ans. D'abord peu accusée, la maladie du cœur, prise pour une manifestation de chloro-anémie, avait été soignée par les toniques excitants. Il en était résulté de l'aggravation. Enfin, dans ces derniers temps, vu l'inutilité de tous les efforts pour combattre la dyspnée et les palpitations, une saison à Luchon ayant été prescrite, vint exagérer encore le stimulus circulatoire et rendre plus évidents les symptômes de lésions cardiaques.

Les ascendants, les descendants de cette dame jouissent d'une bonne santé; peut-être pourrait-on accuser les deux filles de ma malade d'être lymphatiques, mais sans exagération.

On voit ici les douleurs vagues présternales, précordiales, modérées, apyrétiques précéder l'évolution de la lésion du cœur.

Observation II

Sommaire : Rhumatisme sous-aigu de l'épaule droite à vingt ans. — Douleurs obscures précordiales. — Maladie du cœur consécutive. — Ascite. — Ponctions.— Vin blanc spécial. — Amélioration considérable et temps d'arrêt — Bronchite aiguë, mort.

Le 11 juillet 1876, je fus appelé en consultation près de M[lle] M. G..., âgée de quarante-cinq ans, malade depuis quatre années. Voici son histoire : A vingt ans, M[lle] M. G... souffre d'un rhumatisme à l'épaule droite qui ne l'oblige pas à garder le lit, mais lui interdit, pendant quelques mois, le travail de sa profession (lisseuse). L'épaule guérie, elle se plaint de douleurs moins vives, mais plus tenaces du côté de la région du cœur et tout autour du sein gauche. Sa mère et sa sœur, qui habitent avec elle, me précisent les détails de sa maladie. Il n'y eut pas de fièvre intense, la malade ne garda pas le lit. L'impossibilité du mouvement résultait plutôt de l'augmentation de la douleur et de la fatigue de l'épaule par la persistance au travail que de l'acuité même de la douleur. Un vésicatoire

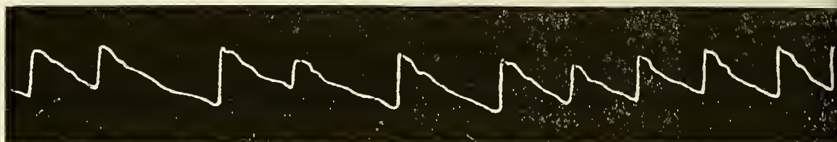
appliqué à la région précordiale produisit de l'amélioration. Depuis, Mlle M. G... a repris sa profession, et c'est environ un an après qu'elle éprouva, pour le même travail, une plus grande fatigue et un peu de gêne respiratoire. Cet état dura longtemps sans autres symptômes plus accusés. En 1872, la dyspnée se prononce et les malléoles s'œdématient à la fin de la journée pour revenir le matin, après le repos de la nuit, à leur état normal. Peu à peu, la dyspnée se transforme en orthopnée, l'œdème se généralise, le cœur se contracte avec violence et du liquide s'épanche dans le péritoine. Le cœur s'hypertrophie. La malade et les personnes rapprochées entendaient le choc de son cœur contre la paroi pectorale. Voici l'état actuel, le 11 juillet 1876 :

La malade est assise dans son fauteuil, les membres inférieurs sont démesurément infiltrés, le ventre, extrêmement volumineux couvert de vergetures et évasé vers les flancs, présente de la matité jusqu'à trois doigts au-dessus de l'ombilic; le flot liquide est facilement perçu. Il y a 49 inspirations à la minute. Le pouls est fréquent et petit, irrégulier, trop faible pour être traduit par le sphygmographe.

Le cœur est volumineux. A l'auscultation, j'entends un souffle au premier bruit, prolongé de façon à couvrir le deuxième bruit et une partie du grand silence. La main appliquée sur la région précordiale ressent un frémissement vibratoire de moyenne intensité.

La ponction abdominable décidée, fut pratiquée sur-le-champ et donna quatorze litres d'un liquide séreux, dont une partie se coagula, quelques heures plus tard. Immédiatement après la ponction, lorsque le ventre fut enserré dans un bandage de corps, je pris le tracé n° 1.

Fig. I.



Ce tracé indique, un état complexe, d'insuffisance mitrale, avec ampleur d'insuffisance aortique, quant au contraire je pensais avoir affaire à un rétrécissement aortique, d'après l'auscultation. J'explique cette cause d'erreur par l'augmentation de tension intra-vasculaire due à l'ascite et à l'hypertrophie consécutive. Après la ponction, j'entends deux souffles distincts, un au premier bruit, un autre au deuxième et dans le second espace intercostal droit ainsi que derrière le sternum au même niveau.

A la suite de la ponction, la malade va beaucoup mieux; ses jambes désenflent, elle peut vaquer aux petits soins du ménage. Le pouls reste inégal, moins inégal cependant qu'avant la ponction et conserve plus de hauteur.

Avec l'autorisation du médecin traitant, je peux suivre et observer cette malade, pour moi pleine d'intérêt.

Elle prend par jour 0,30 centig. d'extrait de digitale, en trois pilules argentées.

Jusqu'en mars 1877, le pouls, dont malheureusement je perdis les tracés, se conserva avec les mêmes caractères. A cette dernière époque, après quelques émotions violentes (un accident de voiture arrivé à sa mère) et l'exagération du travail domestique, le cœur est pris de palpitations énergiques, et rapidement l'ascite, qui n'avait pas complètement disparu, revint avec l'orthopnée.

Ici je copie textuellement mes notes. *Le 9 mars 1877, autre ponction — quinze litres de liquide. 14 mars, l'œdème des jambes et des cuisses a disparu. Le 17 mars, pris le tracé* (fig. II), *sur lequel il est facile de voir que le cœur se vide inégalement et qu'il a des intermittences. Le sommet pointu jusqu'alors, souvent muni d'un crochet, est arrondi.*

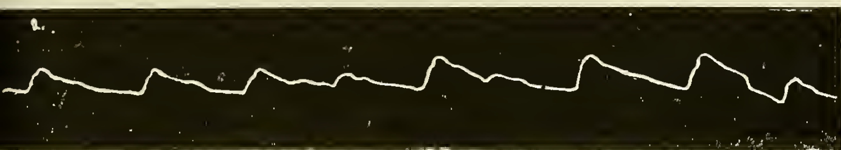


Fig. II.

Ce dernier caractère indique le rétrécissement aortique et l'irrégularité des systoles, l'insuffisance ou la dilatation de l'origine de l'aorte. Ni actuellement, ni autrefois, je n'ai trouvé au pouls la soudaineté brusque du pouls de Corrigan, ni l'exagération de l'impulsion quand le bras est levé.

La dyspnée a diminué. A l'auscultation j'entends les deux bruits de souffle ut supra, *mais plus doux.*

A partir de ce moment, je soumets Mlle M. G... à l'action d'un vin blanc diurétique et résolutif dont voici la composition :

Jalap / *Scille*	ãã	*6*	*grammes.*
Nitrate de potasse.		*12*	»
Teinture de digitale / *Iodure de potassium*	ãã	*10*	»
Eau-de-vie de genièvre.		*30*	»
Vin blanc sec.		*980*	»

Faites macérer six jours et filtrez. — Trois cuillerées à soupe par jour. Vin de de Breyne modifié, la malade ne tolérant pas deux cuillerées de vin de Trousseau, qui lui donne d'intolérables langueurs d'estomac. J'attache une certaine importance à cette médication et à ce médicament; j'espère que l'iodure de potassium amènera un peu de résolution des dépôts plasmatiques valvulaires ou aortiques de nature rhumatismale qui pouvaient être récents et que peut-être le souffle diminuera. Au début j'eusse été heureux d'appliquer cette médication avant l'ascite.

Le 19 mars, mieux. La dyspnée a encore diminué, au doigt le pouls

paraît plus régulier. Aurai-je raison? 20 mars — pris deux tracés successifs (fig. III et IV*) — mieux d'hier réel. Je trouve pouls beaucoup moins inégal.*

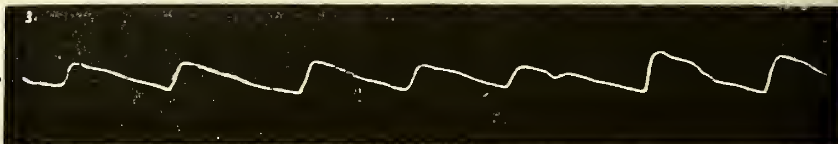


Fig. III et IV.

La respiration esl bonne — les bruits de souffle sont encore plus doux.

3 avril. — 77, pouls excellent, égal (fig. V), *respiration simple, les souffles se maintiennent au même point de diminution — traitement* ut supra.

A partir du 19 mars, heureux de cette amélioration, je constate que Mlle M. G..., se nourrit mieux, n'a presque pas de dyspnée et vaque, un peu malgré moi, aux soins du ménage. Malgré mes protestations, elle a repris la direction de la cuisine de la famille, et cependant les jambes ne sont plus œdématiées, malgré ce surcroît de travail. Je suis rappelé le 17 avril. Ici, je reprends mes notes :

17 avril — jambes sèches et grêles — ventre souple, contenant un peu de liquide — bronchite légère sans dyspnée — c'est étonnant! — un peu d'expectoration. Bruits de souffle ut supra, *le cœur bat moins fort. Depuis onze jours, suppression, à mon insu, des trois cuillerées de mon vin blanc trouvé de mauvais goût — le lracé* (voir fig. VI) *a subi un changement — même longueur d'onde — hauteur diminuée, impression cardiaque moins puissante ou tension*



g. V.

intra-sanguine augmentée. Celte dernière hypothèse me paraît la vraie — car la malade se sent mieux, mange bien — n'a pas de dyspnée. Il n'y a pas assez de liquide péritonéal pour expliquer cetle augmentation de tension. Donc mieux toujours. Si cependant il s'agissait de fatigue du cœur et du début de l'asyslolie? Je fais reprendre le vin blanc à partir de ce jour.

Mardi 8 mai — pris tracé (fig. VII).



Fig. VI.

Le pouls (fig. VII) *a pris un meilleur caraclère, s'est relevé, ne crains plus*

systolie, la respiration est plus ample, les bruits de souffle diminuent core.

9 juin. — Autre tracé (fig. VIII). *Le mieux se confirme, usage continu du n blanc, je remarque que ma malade, toujours raillante, abuse de son ieux, travaille trop, fait trop de cuisine et demeure trop longtemps sur ses mbes. Cette semaine elle est allée, à pied, à Bègles. Elle parle trop aussi.*

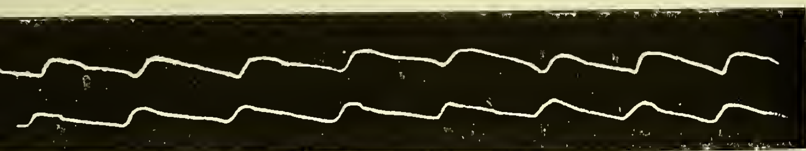


Fig. VII.

Je perds de vue ma malade, depuis le 9 juin jusqu'au 17 juillet, un ois passé.

17 juillet. — *Sans traitement depuis le 9 juin; s'est cru assez bien pour ut abandonner; dyspnée un peu revenue, ventre souple, jambes sèches. Je eviens au vin blanc. Je prends le tracé n° 9. Je trouve qu'il ressemble, moins irrégularité, à celui du 17 mars et trahit plus de rétrécissement aortique; auvaise impression!*

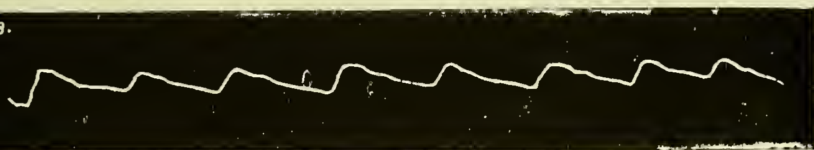


Fig. VIII.

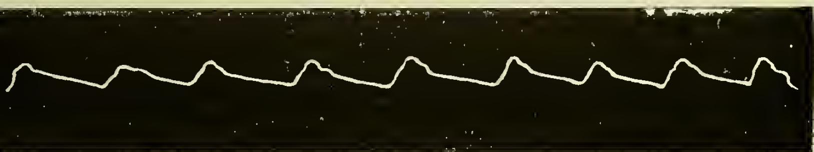


Fig. IX

Les mois de juillet, d'août, de septembre, d'octobre se passent bien. La nalade se fatigue cependant trop. En novembre, je constate que la dysp- ıée est plus prononcée et que le ventre et les membres inférieurs ont epris leurs anciennes dimensions. Le liquide paraît aussi abondant u'autrefois. Je conseille la ponction qui est refusée; la malade désirait our cela attendre le printemps prochain de 1878.

Malgré mes efforts, je vois augmenter tous les jours l'orthopnée et la atigue du cœur qui lutte contre une tension énorme. Enfin, dans les derniers jours de décembre, elle se refroidit brusquement, et, atteinte d'une ronchite aiguë, elle succombe le 20 janvier à une congestion active des leux poumons compliquée d'œdème pulmonaire. Elle consentit trop tardivement à la ponction du ventre, qui, cependant, amena de la détente

respiratoire passagère. Une série de vésicatoires sur les parois pectorales n'avait produit aucun résultat.

J'ai négligé de prendre les derniers tracés, évidemment asystoliques et irréguliers, et d'ailleurs, en ce moment, sans grande valeur en diagnostic ou en thérapeutique.

Je n'ai pu faire la nécropsie.

Observation III.

Sommaire : Rétrécissement aortique léger sans antécédents de rhumatismes aigus.

M. B..., âgé de vingt-deux ans, trapu, solide, employé de commerce, après une longue marche qui l'avait beaucoup fatigué, et d'autant plus qu'il est affligé d'un pied-bot, ressent une douleur constrictive dans toute la partie gauche et antérieure de la poitrine, accompagnée de gêne respiratoire et de *palpitations vives du cœur. Il n'a pas eu de fièvre* et n'a pas gardé le lit.

C'est après quatre mois de cessation de travail, d'anhélation facile, de palpitations et d'un léger œdème de son pied-bot, qu'il vient me consulter dans les derniers jours de septembre 1877.

Je l'interroge avec soin ; il n'a jamais eu de rhumatisme articulaire ou musculaire aigu. Il n'est pas fils de goutteux ; mais son oncle, avec lequel il habite, le frère de sa mère, est cependant un goutteux avéré, auquel j'ai donné quelques conseils. C'est tout au plus s'il accuse quelques douleurs erratives dans les épaules datant de quelques années. Son oncle confirme tous ces renseignements.

A l'auscultation et à la percussion, je ne trouve rien d'anormal. Les battements du cœur sont profonds et un peu sourds. Le pouls est petit et dur. Il y a de la dyspnée. Je prends le tracé n° 1.

Fig. 1.



C'est un tracé sans élévation, dénotant beaucoup de tension intra-san-

guine et une gêne à la sortie du cœur, sans sommet aigu, sans dicrotisme, un peu rapproché du pouls sénile.

Traitement : 0,20 centigr. d'extrait de digitale en deux pilules argentées et 1 gramme de salicylate de soude par jour.

Le 5 octobre, j'ausculte à nouveau mon malade; je n'entends aucun bruit de souffle. Les bruits normaux sont toujours profonds. Le tracé n° 2 révèle plus de hauteur, le plateau est toujours bien accusé. Il y a un mieux léger.

M. B... se trouve un peu moins gêné de la respiration; mais j'attribue ce mieux au repos.

Mû par des pensers différents, je modifie le traitement et administre alternativement, pendant quinze jours, 0,50 centig. d'iodure de potassium et 1 gramme de salicylate de soude, tout en maintenant les 0,20 centig. d'extrait de digitale, déjà prescrits.

Le 12 octobre je prends le tracé n° 3, identique au n° 1, et moins bon que le n° 2.

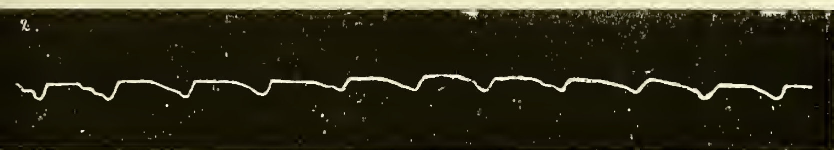


Fig. II.

Le 19 octobre, autre tracé n° 4, plus élevé et avec une tendance marquée au dicrotisme. On peut y voir une longue courbe, due au mouvement res-

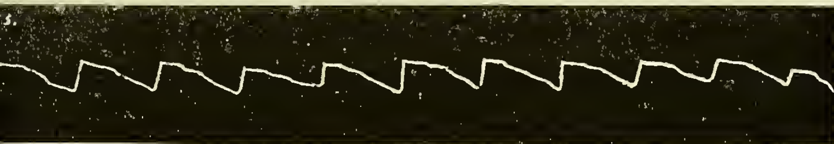


Fig. III.

piratoire. B... est mieux, a pu reprendre une partie de son travail. Il s'empresse d'user de son amélioration et travaille comme autrefois. Je le revois de temps à autre et lui recommande de se modérer, d'abandonner la digitale et de rester jusqu'aux chaleurs à l'usage de l'iodure de potassium. Je le laisse dans ces conditions, avec du mieux, me proposant, l'été venu, de le soumettre à un travail exagéré de la peau.



Fig. IV.

Est-ce une affection rhumatismale ou goutteuse du cœur?

Est-ce ce que les Allemands appellent le surmènement du cœur?

Comme précédent, je ne note qu'une douleur précordiale assez intense, succédant à une longue et pénible marche. Est-ce là, un début de rhumatisme cardiaque à forme sous-aiguë, une atteinte goutteuse? Je me suis inspiré de cette double pensée, dans le traitement. J'attire l'attention sur la forme insolite du pouls, surtout sur son sommet en plateau, si rare chez les jeunes gens.

Observation IV

Sommaire : Rhumatisme cardiaque sous-aigu, après un rhumatisme chronique du deltoïde droit, sidération du cœur, stimulants ; iodure de potassium. Guérison rapide. Retour de la douleur deltoïdienne.

M. B..., âgé de cinquante-quatre ans, couvreur, depuis plusieurs mois est atteint d'une douleur sourde au deltoïde droit, qui lui rend pénibles les travaux de sa profession. Le 6 mars 1878, B... travaille sur une toiture, par un temps froid et humide, et, le soir, est pris de douleur précordiale et de gêne respiratoire, sans toux, ni expectoration. Dur au mal, très-laborieux, il retourne au travail le lendemain et le surlendemain, toujours gêné pour respirer. La douleur du deltoïde a disparu.

Le 8 au soir, sa femme le fait abondamment transpirer, mais sans soulagement marqué. Pendant la nuit du 9 au 10 mars, la dyspnée et la douleur précordiale augmentent; l'anxiété est plus vive, je suis appelé. Je trouve B... rouge de figure, sans fièvre, ni chaleur et le pouls ralenti, à 58. La respiration dont il se plaint est cependant profonde, suspirieuse. Le malade a toute sa connaissance et souffre particulièrement d'une douleur qui s'étend depuis le deuxième espace intercostal droit presque sous le mamelon gauche, en décrivant un arc de cercle, le long du bord droit du cœur. Cette douleur n'est pas très-aiguë, mais continuelle. Il lui semble que quelque chose lui serre le cœur (textuel). Il étouffe, dit-il. Je l'ausculte attentivement et ne trouve aucun bruit anormal soit au cœur, soit à la plèvre. Le cœur a une systole longue, ses bruits sont profonds. Il y a opposition marquée entre la rougeur de la face et le calme du cœur, entre l'ampleur de la respiration, et le sentiment d'angoisse accusé par le malade. Il inspire dix-sept fois à la minute. Je prescris une potion stimulante à l'acétate d'ammoniaque, après m'être assuré de toute absence de

douleur à la pression, dans les espaces intercostaux et aux attaches du diaphragme et de toute irradiation douloureuse à l'épaule et au bras gauche.

Le 10, au matin, je le trouve dans le même état; je prends le tracé du pouls (fig. I).

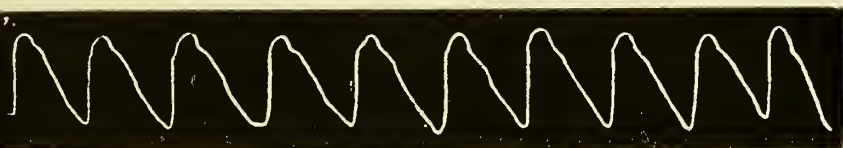


Fig. I.

Je trouve le pouls élevé, lent, avec diminution de la tension intra-va - culaire. Le sommet est arrondi. En somme, ce pouls est un pouls d'un homme de son âge, mais dans lequel le plateau est arrondi et l'élévation considérable comme dans le rhumatisme sous-aigu.

Je suspends l'acétate d'ammoniaque et administre 0,50 centig. par jour d'iodure de potassium.

Le 11, je trouve mon malade un peu mieux, le pouls n'est plus aussi lent. L'anxiété respiratoire a diminué, la respiration est moins profonde.

Le 12, au matin, je prends le tracé (fig. II).

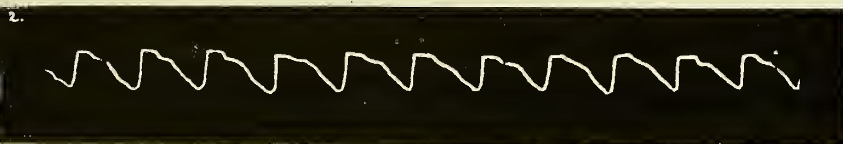


Fig. II.

Quoique un peu élevé, je retrouve dans ce tracé le pouls normal. B... est bien et veut se lever. La douleur du deltoïde est revenue.

Quelques jours après, B... a repris son travail, vient me voir et je reprends son tracé (fig. III).

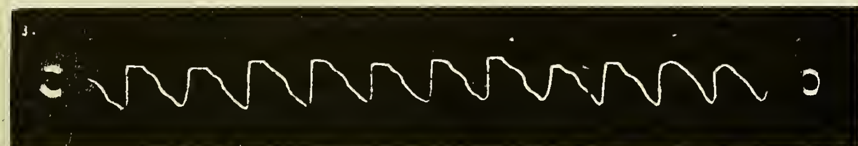


Fig. III.

Tout a disparu, son pouls est tout a fait normal et je lui conseille de continuer pendant un mois l'iodure de potassium.

Je signale cette observation en raison de ce fait particulier que la douleur et l'anxiété précordiales ne s'accompagnaient pas d'excitation du cœur. Au contraire, il y avait défaut de stimulus et

ralentissement de la vitesse des systoles. Cette opposition était tellement tranchée que je pensais un instant à une névrose.

Le coup de froid qui me paraît être la cause de cet état a-t-il frappé l'innervation centrale du cœur et provoqué à la fois ce ralentissement et la douleur précordiale? Le rhumatisme de l'épaule s'est-il porté sur le cœur, pour revenir à son point de départ?

Rhumatisé isolément dans ses fibres musculaires et d'emblée, le cœur suspend-il sa vitesse?

Je pose ces questions sans avoir la prétention de les résoudre.

Si j'ai administré de l'iodure de potassium, c'est dans l'intention de dissiper des formations rhumatismales assez jeunes et pas encore passées à un état de densité irrémédiable, quel que soit d'ailleurs leur siége, dans le département du cœur lui-même, ou des nerfs ou des ganglions qui commandent ou modèrent son mouvement. C'est vraiment une curiosité, digne de recherches et d'explications, de voir le rhumatisme, qui d'ordinaire accélère le pouls, augmente la chaleur, amener au début de son action le ralentissement du cœur. On en connaît deux exemples suivis de guérison que je tiens à citer. Ils sont empruntés à Graves (¹) :

Une femme de dix-neuf ans, nommée Fitzgerald, entrait dans notre service le 1er septembre, pour un *mouvement fébrile assez léger*. Elle se plaignait surtout de douleurs de tête et d'insomnie. Le pouls était vif, la langue sale. Sous l'influence d'un traitement convenable, tout paraissait aller au mieux, lorsque, le 5 septembre, on trouva la malade dans l'état que je vais vous rappeler :

Facies pâle et anxieux; respiration précipitée à 40; les ailes du nez se dilatent convulsivement à chaque inspiration; *le pouls, qui est tombé de 90 à 50,* est faible, irrégulier et intermittent; *pas de toux,* ni de douleur dans la poitrine; *pas de palpitations. L'examen physique ne révèle nulle part aucune lésion, si ce n'est dans la région précordiale;* là existe un frottement très-distinct qui accompagne deux bruits du cœur.

Graves use de ventouses à la région précordiale, de calomel et d'opium à l'intérieur, constate une amélioration progressive.

Le 7 septembre, dit-il, le pouls est petit, mou, régulier *sans intermittences.*

(¹) Graves. *Clinique médicale.* Volume II, page 244, art. Péricardite.

Le 8, il n'existe plus aucun vestige du frottement, les bruits et l'impulsion sont naturels; le pouls est mou et régulier, à 80.

Lorsque le 10 septembre éclatent subitement des douleurs aiguës aux bronches, genoux, épaules et poignets, et la maladie suit la marche ordinaire d'un rhumatisme aigu.

Plus loin, page 247 :

Sachez donc, Messieurs, reprend Graves, qu'il n'est pas rare d'observer dans la péricardite un pouls parfaitement naturel; mais le cas de Fitzgerald est plus remarquable encore, en ce sens, que le *début de la maladie à été marqué par un abaissement notable dans la fréquence du pouls.*

Graves ajoute :

Je n'ai observé qu'un seul autre exemple de ce phénomène; c'était également au début d'une péricardite. *Le pouls tomba à 36;* il devint en même temps extrêmement faible, oscillant, irrégulier, et il présentait parfois des intermittences. Comme Fitzgerald, ce malade guérit.

Il n'y a, entre le cas de B... et ces deux derniers, qu'analogie lointaine; je fais seulement remarquer cette sidération du cœur au début d'une péricardite aiguë, pour expliquer la possibilité d'un ralentissement pareil, dans la forme apyrétique du rhumatisme cardiaque.

Observation V.

Sommaire : Rhumatisme chronique cardiaque, embolie cérébrale en 1870, embolies des membres en 1877. — Mort.

A la fin de 1876, je reçois la visite de M. W..., ancien horloger, rentier, actuellement âgé de cinquante-deux ans et de mes amis. M. W... est un bel homme, d'apparence robuste, un peu gros, grand, blond-doré, intelligent et sans habitudes d'alcoolisme. Il se plaint de dyspnée légère, le matin, et d'une gêne précordiale qui ne va pas jusqu'à la douleur. L'interrogatoire sur son passé m'apprend qu'il n'a jamais eu de rhumatismes aigus. Depuis de longues années, M. W... ressent du malaise, toujours rapporté à la région du cœur. Jamais il n'eut de palpitations, jamais

d'œdème des extrémités inférieures. Cependant, le fait constant qui domine tout son passé est la gêne de la respiration, jointe à une douleur obscure rétro-sternale. Depuis un mois ou deux, les accès de dyspnée deviennent plus fréquents; il en a pendant la nuit. Ils procèdent par périodes courtes, durant de quatre à cinq jours, puis tout rentre dans l'ordre. L'auscultation me révèle des battements de cœur sourds, profonds, sans bruit de souffle saisissable. Je le fais marcher vite pour exagérer les bruits, mais en vain. La respiration est normale, le pouls petit et faible à 85. La matité précordiale n'est pas plus étendue qu'à l'état normal. Je prends le tracé n° 1.

Fig. 1.



A l'heure actuelle, le malade accuse une grande sensibilité aux refroidissements, qui amènent toujours chez lui, de l'oppression respiratoire.

En 1870, et c'est le point le plus curieux de cette observation, M. W... est atteint presque subitement d'un état maladif des plus graves, dont la nature laissait des doutes et qui ressemblait à de la méningite.

Mon distingué confrère, M. Levieux qui le soignait, avait été frappé de l'allure particulière du mal. Ce qui dominait dans son état c'était le délire, l'agitation, les convulsions (il fallait plusieurs hommes pour le tenir). Après un mois environ, le malade revint à la santé avec cette particularité, que les derniers accidents qui clôturèrent la scène morbide avaient été de l'aphasie et de la gêne dans la marche. Je n'appris tous ces détails qu'à l'occasion du mal actuel à sa dernière période. Sur le moment, ne trouvant ni bruit de souffle, ni emphysème marqué, ni aucun des signes d'une affection organique du cœur, je pensai à quelque état névrosique de la respiration, et, me réservant de voir la suite, je prescrivis 2 grammes de bromure de potassium par jour et deux pilules de 0,10 centig. d'extrait de digitale. Je pensais ainsi atteindre l'état nerveux possible de la respiration, et donner un peu plus d'énergie aux systoles qui me paraissaient en manquer. L'hiver de 1876-1877 se passa ainsi assez bien; il y eut même un plus large intervalle entre les accès qui, d'ailleurs, étaient moins intenses. Pour les accès, quelques infusions stimulantes, chaudes; à leur défaut, un petit verre de grog ou de cognac, des sinapismes, suffisaient pour amener de la détente respiratoire. Au printemps de 1877, son état avait empiré, pas au point cependant que M. W... ne fît tous les jours quelques sorties; mais les accès se rapprochaient.

M. W... vient me trouver. Depuis une quinzaine il a cessé la digitale; le bromure, sur mon conseil, depuis longtemps était abandonné.

Nouvel examen du cœur, des poumons et même résultat. Je prends le tracé n° 2.

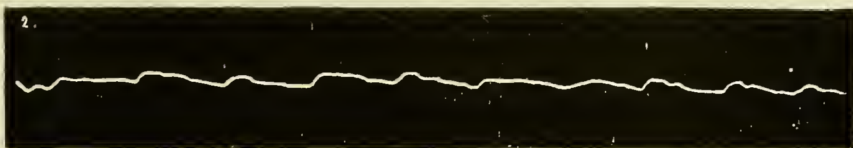


Fig. III.

Comme on le voit, le pouls est asystolique et irrégulier. A ce moment, M. W... est modérément oppressé. La digitale est reprise et bientôt augmentée. Je revois M. W... souvent et eonstate une amélioration sensible. La marehe est facile, l'ascension de son esealier, qui eompte 120 marehes, lui est moins pénible qu'auparavant. Le 7 avril, je reprends le pouls (traeé n° 3), et le trouve plus haut et moins irrégulier. Je suis satisfait. A

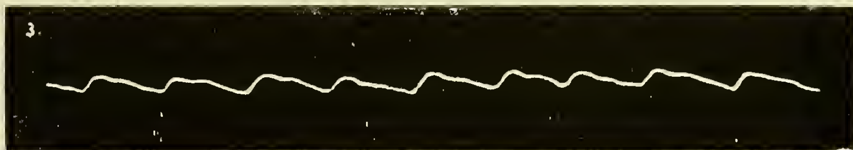


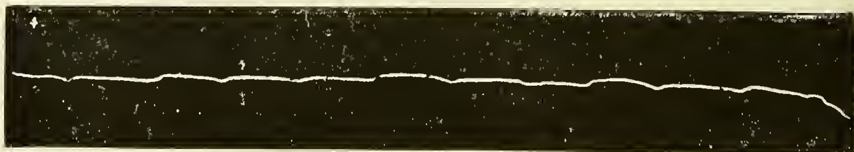
Fig. II.

ee moment (qu'on me pardonne de faire passer ainsi mon leeteur sur les ehemins pareourus par ma pensée), je eonseillai à mon malade des bains de vapeur suivis d'une lotion fraîche et rapidement faite. Soupçonnant, sans en être sûr, quelque ehose de eardiaque, de nature goutteuse ou rhumatismale, je pensais atteindre le génie morbide qui gênait la respiration, qu'il fùt d'ailleurs fixé sur le eœur ou sur le système nerveux, qui préside à la eireulation ou à la respiration. Juste ou non en théorie, ee traitement, en pratique, donna encore un meilleur résultat que le préeédent. Il est bon de dire que la digitale fut eontinuée. J'arrivai rapidement à prescrire des douehes au lieu de lotions fraîehes, après la sudation. A partir de eette époque, le mieux s'aeeentue. Je reprends plusieurs tracés identiques au n° 3. La dyspnée devenait de plus en plus rare, et mon malade, après avoir traversé heureusement les mois de mai, juin, juillet et août, me faisait espérer que mon traitement avait touehé juste. L'amélioration est telle que l'exereiee lui devient assez faeile pour entreprendre de longues promenades. Au mois d'oetobre, M. W... fit une partie de ehasse par un temps de pluie, se mouille, se refroidit en attendant dans une gare le passage d'un train et s'enrhume. Revenu à Bordeaux, je soigne son rhume qui va rapidement mieux et se termine par un embarras gastrique, earaetérisé par une langue très-blanehe et une inappétenee marquée. Je le purge avee du eitrate de magnésie, ee qui n'améliore guère son état.

A ce moment, la dyspnée a reparu depuis le refroidissement, et s'ac-

centue de plus en plus. Je l'ausculte, le percute, et trouve les bruits du cœur plus obscurs qu'à l'ordinaire. Je prends son tracé (nº 4).

Fig. IV.



Le pouls était à peine perceptible au doigt, il y avait peu de fièvre, 80. On voit (tracé nº 4) que le pouls devient asystolique, irrégulier. Je crus d'abord à de la tension exagérée, mais la dépressibilité du pouls sous le doigt démentait cette opinion.

Le 5 novembre, appelé chez M. W..., je le trouve affaibli, inquiet, dyspnéique, les lèvres pâles, la langue blanche, et se plaignant d'anxiété précordiale. Le lendemain, il me présente son index de la main droite, devenu tout à coup blanc, insensible, après une sensation de douleur et d'engourdissement. Ce fut le trait de lumière. Je fus très-alarmé. J'entoure le doigt de ouate après une friction légère avec un liniment rubéfiant. Les événements se précipitent; deux ou trois jours après, toute la main et tout l'avant-bras, du même côté, pâlissent, se refroidissent après quelques vives douleurs à siége peu déterminé. Les pouls de la radiale et de la cubitale sont abolis. L'humérale même ne se sent plus au pli du coude, ce n'est qu'au bras que je perçois des battements, et environ à la partie moyenne.

Je prescris l'immobilité complète et réchauffe les parties par la ouate, en proscrivant les frictions.

Cet état dure trois ou quatre jours et tout semble rentrer dans l'ordre.

La famille, avertie du danger, m'adjoignit M. le Dr Levieux qui, en 1870, lui avait donné ses soins. Celui-ci me communiqua les détails susmentionnés. Tous les deux, nous nous fîmes un devoir d'indiquer qu'à chaque instant, un caillot ou une concrétion, détachés du cœur, pouvaient ramener le retour de pareils accidents et, suivant la direction et le point d'arrêt, amener des troubles extrêmement graves et la mort.

A peine annoncée, la prédiction se réalisait et un caillot considérable obturait la plopitée gauche. Cette fois-ci, les douleurs furent atroces et localisées au genou et au pied. Refroidissement, décoloration, plaques marbrées de rouge-violet, arborisations piquetées, formation de phlyctènes remplies d'un liquide brunâtre, décollement de l'épiderme, ratatinement du pied et tous les signes du sphacèle se succédèrent rapidement. Après cinq ou six jours de cet état, avec des douleurs intenses, la fémorale s'obliterait jusqu'à l'anneau crural; la cuisse se tuméfiait et la décoloration, parsemée de sugillations vasculaires, gagnait la partie inférieure de la cuisse.

Mais l'état général s'aggravait, le pouls gauche était à peine sensible et l'œdème pulmonaire diminuait encore le champ de l'hématose.

Le 20 novembre, le malade s'éteignait dans une asphyxie tranquille.

Ce n'est que pour mémoire que je mentionne le traitement qui fut composé de stimulants et de toniques : Acétate d'ammoniaque et vin de Malaga. Au début des embolies, j'administrai par jour 0,50 centigr. d'iodure de potassium pour essayer un mouvement de révolution.

Enfin, pour être complet, à la prière de la famille et au cas où une intervention chirurgicale devînt nécessaire, mon savant confrère, M. le professeur Denucé, était venu nous prêter son assistance éclairée. La nécropsie n'a pu être faite.

Malgré l'absence de nécropsie, il n'est pas douteux que M. W... a succombé à des embolies, aux arrêts de circulation et à la grangrène qui en sont les conséquences. De quelle nature pouvaient être ces caillots migrateurs? J'ai supposé qu'il s'agissait ici des concrétions d'un rhumatisme cardiaque, développé petit à petit et sans acuité et ayant atteint les valvules aortiques ou plutôt l'origine de l'aorte.

Je dis sans acuité, mais je ne veux pas dire sans douleur, douleur plus ou moins obtuse que le malade accusait clairement dans son passé et dont il se plaignait autrefois.

Il est probable que les valvules étaient intactes et que l'origine de l'aorte seule présentait des concrétions, car il n'est pas douteux qu'un souffle eût été produit, soit au premier, soit au second bruit, dans la première hypothèse.

On voit que la nécropsie eût vidé ce point de fait. D'ailleurs, que cette opinion sur le siége de la lésion première, soit acceptée ou non, il importe peu. Ce qui me paraît plus digne de fixer l'attention, c'est l'origine rhumatismale de cette lésion.

En 1870, M. W... qui avait eu de l'anxiété et de la douleur sourde à la région précordiale, a eu déjà une embolie cérébrale. En rapprochant les symptômes cérébraux si graves de cette époque, bientôt suivis de guérison, de la maladie dernière, on voit que tout se tient dans cette histoire. En premier lieu, endocardite rhumatismale à l'état sous-aigu ou chronique, formation de néoplasies rhumatismales résolues, peut-être en partie et finalement fixées à l'origine de l'aorte. En second lieu, embolie en 1870, qui arrête la

circulation dans un département vasculaire du cerveau et donne lieu à un ensemble de symptômes, proche de la physionomie de la méningite. Cependant l'aphasie et la parésie d'un membre inférieur, donnent encore plus d'autorité au diagnostic d'une embolie cérébrale.

Enfin, en 1877, autres phénomènes d'embolie qui emportent le malade.

Il se peut faire, dira-t-on, que le refroidissement qui marque le début des derniers accidents, ait été la cause directe de la formation de dépôts plasmatiques nouveaux et d'une endopéricardite latente, ou d'une aortite, qui n'aurait pas besoin d'être rattachée aux accidents de 1870.

Vraie ou non, cette explication me séduirait. Si elle est vraie, ce serait admettre le rhumatisme chronique ou sous-aigu d'emblée du cœur dont l'histoire est à faire.

Si elle est fausse, elle tendrait à démontrer qu'une endo-péricardite *à frigore*, développée chez un individu, disposé par nature ou par hérédité aux affections rhumatismales, peut produire de grands désordres, sans réveiller un appareil aigu, intense, fébrile, comme dans l'observation présente ; ce qui vient encore à l'appui de ce que je pense

---

Observation VI.

SOMMAIRE : Intermittences et irregularités du cœur datant de longtemps, précédées de douleurs obscures pectorales.

M. St... a soixante-dix-neuf ans ; c'est un vieillard bien conservé, rose, frais, dont la santé serait parfaite, n'étaient, depuis deux années, des accès de plus en plus rapprochés de gêne respiratoire.

Depuis longtemps, M. St... ne fait aucun travail actif. Quand il s'enrhume son oppression augmente. Il a un petit jardin aux environs de la ville qu'il ne peut plus cultiver, cependant la distance à parcourir pour y aller, trois kilomètres, est aisément franchie.

Dans l'hiver de 1878, . St... me consulte pour de l'oppression compliquée de bronchite légère. Je suis frappé des caractères de son pouls qui présente de nombreuses intermittences.

La bronchite guérie, je m'inquiétai de ce cœur et j'interrogeai le malade. Jamais de rhumatismes aigus, pas un jour de fièvre, pas de lit, pour cause de douleurs; il y a trente ou trente-cinq ans M. St... souffrait de l'épaule droite, du côté droit et de la région précordiale, mais ces souffrances n'étaient pas assez vives pour lui faire cesser son travail. D'ailleurs M. Chaumet, professeur de clinique chirurgicale à l'école de Bordeaux, lui conseilla de quitter la ville, d'aller courir les bois et chercher à la campagne grand air et grand appétit. S'agissait-il de pleurodynies ou de névralgies intercostales? Je ne puis trancher la question; mais, en tous cas, les symptômes étaient peu accusés et le mal n'avait pas de profondes racines, puisque sans traitement, le séjour d'un mois à la campagne fut suffisant pour amener la guérison.

Seulement, à partir de cette époque, le cœur présenta les irrégularités dont le malade a toujours eu conscience. C'était chez lui un état habituel; sans avoir besoin de se toucher le pouls, M. St... sentait ses intermittences, et, chose remarquable, dans sa jeunesse et son âge mur, la dyspnée était à peine accusée. Le travail pénible, seul, augmentait l'irrégularité du cœur, l'énergie de ses battements et donnait de l'oppression. J'ausculte attentivement le cœur et ne constate aucun souffle. L'énergie des systoles est grande, le cœur est hypertrophié. Je prends le tracé n° 1; dix-huit jours après, le tracé n° 2.



Fig. I

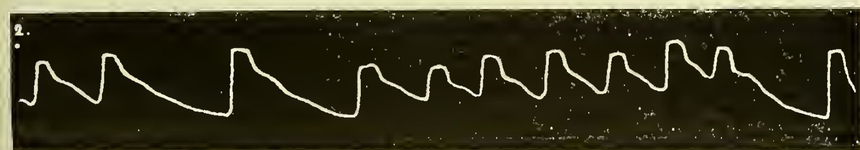


Fig. II.

La pulsation, considérée en elle-même, présente l'ascension brusque, verticale, d'un cœur hypertrophié, le sommet en plateau des vieillards (soixante-dix-neuf ans); la descente jouit d'un léger dicrotisme et témoigne d'une certaine élasticité artérielle, rare à cet âge. La série des pulsations est irrégulière, et le volume de l'ondée de sortie varie à chaque instant. Il y a là, dilatation de l'origine de l'aorte ou insuffisance aortique avec rigidité sénile. En l'absence de bruits de souffle, je reste d'ailleurs sur la réserve. Je me contente d'affirmer une lésion organique du cœur ou de l'aorte

Je conseille à mon malade de 0,20 à 30 centig. par jour d'extrait de digitale, sous forme de pilules argentées. Le régime consiste à éviter la fatigue et surtout les refroidissements.

Le malade se trouve très-bien de la digitale, se plaint moins de dyspnée et continue à être frais, rose et à jouir d'un excellent appétit.

Le 17 avril 1878, M. St..., qui a cessé depuis une quinzaine de jours, l'usage de la digitale, revient me voir. J'ausculte de nouveau son cœur et ne trouve pas plus que la première fois de bruit de souffle. La respiration est gênée, sans engouement, ni bronchite. D'ailleurs pas d'œdème des pieds, symptômes qu'il n'a jamais présenté; je reprends le tracé du pouls, (fig. III et IV). L'irrégularité est grande, le cœur est puissant, mais je

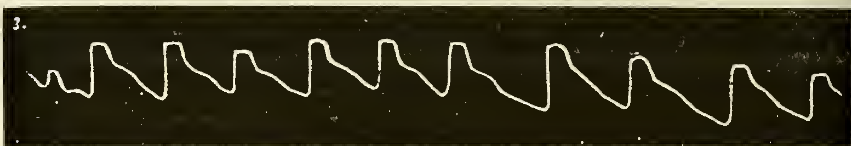


Fig. III

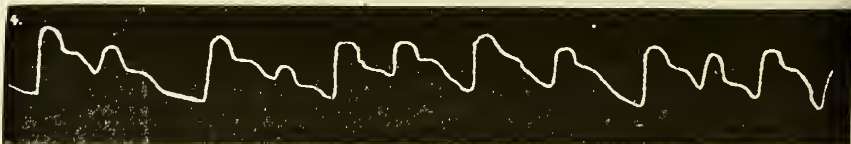


Fig. IV.

trouve quelques systoles avortécs, comme on en voit dans le pouls mitral. Je remets mon malade à la digitale, et, comme il se plaint en outre de douleurs sourdes dans les épaules et dans le pied droit, je lui prescris 0,50 centig. d'iodure de potassium par jour. M. St..., légèrement amélioré, vit toujours, respire assez bien.

Si j'ai cité cette observation, sans poursuivre plus loin l'histoire du malade, c'est pour retenir le seul fait saillant qui mérite attention, à savoir : une ancienne lésion cardiaque remontant à trente ans au moins et précédée de douleurs rhumatoïdes sans acuité et sans fièvre. On y peut remarquer aussi la bénignité de cette lésion, qui, malgré les caractères graves du pouls, a été compatible avec un exercice modéré (M. St... est épicier) et a permis d'atteindre un âge avancé. J'ai pensé, à l'occasion de ce malade, qu'un traitement ioduré à l'intérieur appliqué dès le début des douleurs et des sudations ou des purgations eussent pu amener un mouvement résolutif capable de le guérir. Je n'ai pas besoin non plus d'insister sur l'utilité des révulsifs cutanés, employés de bonne heure.

Observation VII.

Sommaire : Asystolie. — Cachexie cardiaque. — Anciennes douleurs rétro-sternales; pas de rhumatismes aigus.

Le 11 septembre 1877, je visite M. M..., ouvrier grillageur, âgé de cinquante-un ans. Je le trouve assis, en orthopnée, la figure cyanosée, les pieds et les mollets œdématiés. Voilà quinze jours qu'il est dans cet état, mais il fait remonter son essoufflement, modéré, habituel, à une époque très-éloignée. Avant de l'examiner, je fais une enquête sur son passé. A vingt ans, il a eu des douleurs musculaires dans les membres, dans les épaules et sur toute la poitrine. Il n'a jamais gardé le lit et a été déclaré bon pour le service militaire. Il n'a jamais eu de gonflements articulaires, ni de fièvre intense. Il attribuait ses douleurs à la nécessité de travailler au grand air, un peu par tous les temps et à sa profession qui l'obligeait de tenir les bras presque constamment levés. Il n'a jamais interrompu son travail. Je le tourne et le retourne par mes questions pour m'assurer qu'il dit bien la vérité. C'est un travailleur sobre et rangé.

C'est au commencement de l'année 1873, c'est-à-dire depuis quatre ans, que la dyspnée, qui autrefois ne constituait qu'une incommodité légère, s'augmente et l'oblige à dormir assis dans son lit.

A la percussion, le cœur paraît petit. A l'auscultation, les systoles sont faibles. Je ne saisis aucun bruit de souffle. Cela ne m'étonne pas, à cause de l'asystolie très-marquée, comme l'indique le tracé n° 1; mais avant

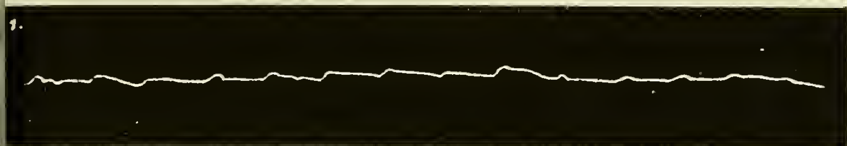


Fig. I.

cette asystolie, nul doute qu'on eût pu entendre un bruit anormal. Je diminue la tension intra-sanguine et fais disparaître l'œdème des extrémités par un purgatif drastique, eau-de-vie allemande, 15 grammes. Je fortifie le cœur par de la teinture de digitale 1 gramme, associée à de l'acétate d'ammoniaque.

Mon malade gagne un peu d'ampleur respiratoire, peut dormir; l'œdème des pieds disparu, revient lentement. Il reprend cependant son travail, malgré mon avis.

Le 18 septembre, je reçois sa visite. Nouvel examen, nouvel interrogatoire. Je trouve le pouls moins irrégulier, un peu plus haut, la dyspnée est moindre. Il peut parler et marcher lentement. Je prends le pouls

(voir n° 2). Les systoles ont plus d'énergie, un peu plus de régularité, mais les courbes de l'ensemble du tracé indiquent une assez grande gêne respiratoire.

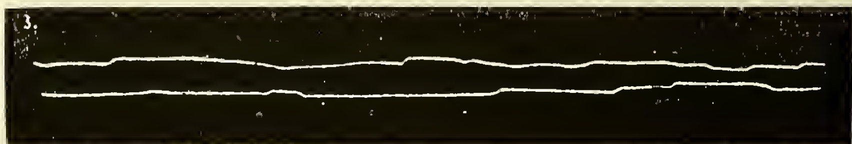
Fig. II.



Vers la fin de septembre, je le vois; son état a empiré; l'œdème et l'essoufflement sont plus marqués. Je lui donne par jour trois pilules d'extrait de digitale de 0,10 chaeune, après l'administration préalable d'eau-de-vie allemande. Une période d'amélioration relative en est la conséquenee. A ee moment, je n'ai pas le loisir de prendre son traeé.

Du 10 au 22 oetobre, M... eesse tout traitement. A cette dernière date, il me fait appeler. Je le trouve très-mal. Son traeé (n° 3) indique suffisamment la faiblesse du eœur et de l'embarras de la respiration.

Fig III



Je reeommence le même traitement, en profitant de l'amélioration momentanée qu'il produit, pour tonifier mon malade. Depuis eette époque, M... passe par les mêmes alternatives de bien et de mal et vit encore, mais touche bientôt à sa fin.

Je regarde cette maladie du cœur comme une atteinte du vice rhumatismal, dans ses manifestations sous-aiguës.

Observation VIII.

Sommaire : Cachexie cardiaque, asystolie et mort, sans précédents de rhumatismes aigus.

Au commencement de l'année 1878, mon confrère M. le Dr Lande et moi fûmes appelés en consultation par M. le Dr Salviat, pour un M. B..., employé de commerce. M. B..., d'origine alsacienne, âgé de trente-sept ans, au moment où nous le vîmes, était dans un état d'orthopnée extrême. Ses

jambes étaient très-œdématiées. Après nous être enquis des précédents morbides de notre malade, nous acquîmes l'assurance que jamais il n'avait présenté de rhumatisme aigu. M. B... avait fait la campagne 1870-1871 et en avait bien supporté les fatigues et l'extrême froid.

Plus tard, il s'était plaint de douleurs intra-thoraciques, modérées, auxquelles il n'avait pas accordé d'importance; puis, peu à peu, la dyspnée s'était prononcée, et enfin il en était arrivé à cet état irrémédiable d'asystolie avancée, que le Dr Lande et moi pûmes constater. La percussion et l'auscultation, très-pénibles pour le malade, ne nous apprirent rien, en raison de la faiblesse de l'impulsion cardiaque. Nous pûmes, cependant, recueillir le tracé. Je ne le reproduis pas, car nous l'avons laissé à la famille, dans l'espoir de le comparer avec d'autres, après un certain temps de traitement. Simplement tracé sur le noir de fumée et pas verni, il n'existe plus aujourd'hui. D'ailleurs mes souvenirs précis à son endroit me permettent de dire qu'il se rapprochait d'une ligne droite, interrompue fréquemment par une élévation à peine sensible. M. Lande et moi conseillâmes la digitale à petites doses, car le malade ne la tolérait que difficilement, et de l'acétate d'ammoniaque. Après une courte période de mieux, M. B... s'éteignit après un petit mois, dans l'asphyxie.

De nos renseignements, il résulte que ce malade n'a point eu de rhumatismes articulaires aigus ni même de rhumatismes musculaires évidents. Toute sa famille, encore vivante, m'a affirmé le fait, et lui-même, garçon intelligent, n'a accusé que les douleurs assez peu vives, susmentionnées.

Est-ce le fait d'une endocardite chronique ou sous-aiguë d'emblée? Je le crois, et d'autant plus, qu'il n'y a pas moyen de rattacher cette lésion cardiaque à l'un des états généraux susceptibles de présider à sa formation. B... n'a jamais eu la syphylis, ses parents et lui ne sont ni herpétiques ni goutteux. Il est d'une conduite irréprochable et n'a jamais été alcoolique.

Observation IX.

Sommaire : Rhumatismes articulaires sous-aigus. — Arthritides alternant avec les douleurs. —Bronchite rhumatismale. — Lésion cardiaque sans acuité. — Traitement ioduré. — Amélioration considérable.

Mme X..., femme de trente-deux ans, me présente des douleurs rhumatoïdes, siégeant aux muscles des jambes, des cuisses et des épaules. Le mouvement et la palpation des parties atteintes provoquent de la douleur. Cet état ne s'accompagne pas de réaction fébrile. Le pouls reste entre 75 et 80. Le sommeil est bon, l'appetit conservé. Le repos au lit, des boissons très-chaudes, excitant des sueurs abondandes, suffisent d'abord pour guérir ma malade Je n'eusse pas sérieusement fixé mon attention sur cette malade, si après la disparition de ce premier état, Mme X... ne m'eût fait appeler pour m'entretenir d'une éruption particulière qu'elle présentait actuellement et qu'autrefois elle avait déjà remarquée. Il s'agissait de taches lenticulaires, discrètes, du diamètre d'une pièce de 1 fr. et de 0,50 cent., éparses sur le cou, les bras et les avant-bras. Ces taches étaient roses, un peu douloureuses, de forme nummulaire, saillantes. Quelques-unes formaient de véritables anneaux à centre pâle. Comme il advint autrefois à plusieurs reprises, elle se décolorèrent insensiblement, en passant par une teinte jaunâtre, sans desquammations, ni furfuration. Leur durée était en moyenne de deux jours. Mme X... me signale en outre une particularité curieuse; ces taches succédaient aussi à des émotions vives, frayeur ou joie, ainsi qu'aux excès de fatigue. Bien avant d'avoir présenté ce genre d'éruption, elle avait été atteinte de douleurs assez vives, surtout le matin. Il n'y eut jamais de démangeaisons.

Mme X..., le lendemain de son mariage, présentait un grand nombre de ces anneaux et de ces taches. Elle a toujours remarqué que ces taches survenaient après un malaise général et une fièvre modérée. Le plus souvent, c'est après des douleurs rhumatismales qu'elles ont fait leur apparition.

Une sudation au lit ou un bain à l'étuve sèche, suivi de frictions sur les parties endolories, avec le liniment de Rosen, suffisaient pour enlever les douleurs. Dans l'hiver de 1878, après deux mois de santé parfaite, Mme X... est prise de douleurs scapulaires et me fit appeler. Aux douleurs, s'ajoutaient une toux sèche et une dyspnée intense, surtout le matin. A la pointe de l'omoplate gauche existait une douleur spontanée dans les grandes inspirations que le palper exagérait encore. A l'auscultation, on entendait quelques râles sibilants fins, plus nombreux à gauche, La respiration était douloureuse. La percussion révélait plutôt une exagération qu'une diminution de la sonorité, même à gauche. L'expectoration presque nulle se composait de petits crachats, perlés, transparents, roulés en boule et qui,

étendus, prenaient la forme d'un cylindre plus ou moins long, albumino-fibrineux. Après le rejet, d'ailleurs difficile de quelques-uns de ces crachats, le râle sibilant et la toux disparaissaient, la respiration devenait moins douloureuse et la dyspnée prenait fin. Chaque refroidissement de ma malade ramenait des symptômes pareils, du côté des voies respiratoires. A plusieurs reprises, pendant l'hiver, je dus appliquer contre cet état, quand sa durée dépassait trois ou quatre jours, des vésicatoires suivis ou précédés de sudations.

Chaque fois le résultat fut favorable. Je dois noter, en passant, que le kermès et le soufre restaient inefficaces et n'amenaient jamais l'expectoration commune de la bronchite ordinaire.

Je regardai cette forme de bronchite, ainsi que les taches précitées, comme des manifestations rhumatismales, des arthritides.

Au mois de février, alors que la santé paraissait excellente, ma malade est prise de palpitations cardiaques, spontanées et provoquées par le mouvement.

Je crus d'abord à un état chlorotique. Cependant, la santé générale bonne, la conservation de l'appétit, la régularité absolue des époques menstruelles suffisamment abondantes, l'absence de pertes blanches, ne me permirent pas de m'arrêter à cette idée.

D'autres phénomènes, d'ailleurs, survinrent pour donner aux palpitations cardiaques leur vrai caractère.

Le pouls devint irrégulier, sans intermittence, les palpitations augmentèrent d'intensité et de fréquence. Peu après, il y eut de la douleur précordiale et sous-mammaire que n'exagérait pas la pression de la main. L'auscultation du cœur ne révéla aucun bruit de souffle, aucun dédoublement de ces bruits.

Je prends le tracé suivant (fig. I).

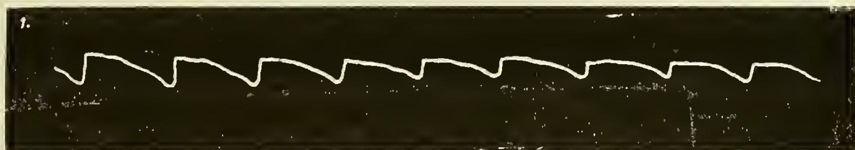


Fig. I.

Il est nécessaire de dire qu'en 1873, c'est-à-dire cinq ans auparavant, j'avais eu l'occasion de prendre le tracé de Mme X..., qui désirait voir fonctionner le sphygmographe, dont elle avait entendu parler et ce, à une époque où sa santé ne laissait rien à désirer. Je le donne dans la figure II.

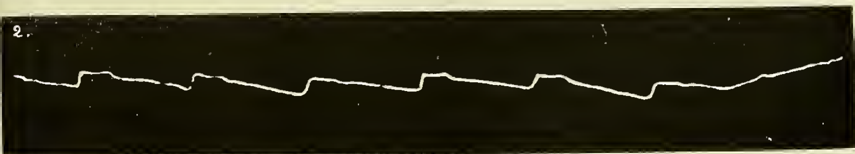


Fig. II.

On peut juger de la différence.

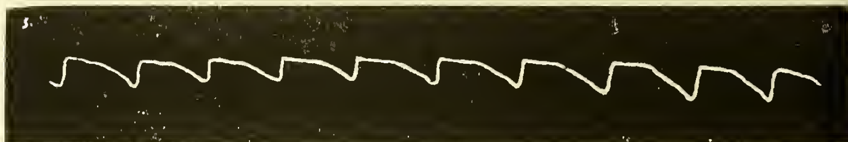
Dans le tracé n° 1, l'ascension plus verticale, le plateau prononcé, l'absence de dicrotisme, accusent de la gène dans la sortie de l'ondée sanguine et une perte d'élasticité de l'origine de l'aorte et de l'arbre artériel. *En outre, le tracé n° 1 n'est pas parfaitement régulier.* Pas de souffle.

A partir de ce moment, je soumis Mme X... au traitement suivant :

Iodure de potassium, 0,25 centigr. par jour, pris au repas.

Le 29 mars, je prends le tracé n° 3.

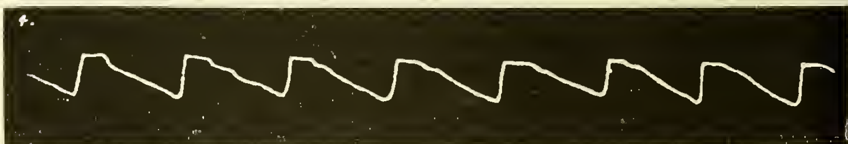
Fig. III.



Je lui trouve les mêmes caractères que ci-dessus, cependant, il y a un peu plus d'élévation.

Le 29 avril, je trouve de l'amélioration, le pouls n° 4 accuse une plus

Fig. IV



facile sortie, le dicrotisme reparaît; il y a plus de souplesse. Il reste cependant toujours le plateau du sommet moins long que précédemment, témoignage irrécusable d'une perte d'élasticité et rare à trente-deux ans. La lésion s'est modifiée et réduite à un minimum. De plus, les palpitations et la dyspnée ont disparu.

Observation X.

Sommaire : Endocardite d'emblée, sans réaction fébrile. Intermittences. Iodure de potassium. Guérison.

Mme X..., femme d'une excellente santé, âgée de soixante-trois à soixante-quatre ans, souffre depuis un mois environ de douleurs sourdes, dont le cœur lui paraît être le siége. Elle sollicite mon intervention et veut être auscultée. Je percute, ausculte et palpe toute la région précordiale; je ne trouve rien d'anormal. Cependant, l'état de malaise indéfinissable dont Mme X... est atteinte, l'anxiété que ses traits crispés traduisent à

l'extérieur, me mettent en garde et stimulent ma vigilance. Un jour, après une marche un peu longue et un refroidissement marqué, elle ressent une assez vive douleur, limitée à la région précordiale et sternale supérieure. Appelé à ce moment, je constate de l'anxiété, une douleur sans siége précis, du malaise général, *sans fièvre*. Très-peu de temps après, survinrent des palpitations fréquemment répétées. Le cœur était mu de deux mouvements anormaux, parfaitement ressentis et bien décrits par la malade ; de palpitations d'abord, ensuite de frémissements et de tremblements correspondant à la diastole. Cette dernière modification des mouvements du cœur ressentie et définie, n'était perçue ni par l'oreille, ni par le toucher intercostal, ni par le sphygmographe. Mme X... ne gardait pas le lit, vaquait à ses occupations ordinaires, et semblait être sous le coup d'une menace persistante de l'annonce ou d'une mauvaise nouvelle ou d'un grand malheur. Dans le silence de la nuit et l'insomnie qui accompagnait cet état, Mme X... se rendait bien compte de cette double sensation. A la fin de septembre, j'examine avec soin les parois costales ; je ne trouve ni douleur à la pression dans les espaces intercostaux, ni douleur dans les grandes inspirations. L'oreille ne saisit aucun bruit de frottement pleural. La submatité produite par la présence du cœur est normale.

Au cœur, j'entends un bruit de souffle léger, au premier temps et à la base. Il y a un peu de dyspnée, mais peu, car la malade va et vient, pendant le jour, et s'étend dans le décubitus dorsal ordinaire, pendant la nuit. Au doigt, le pouls est irrégulier, faible et présente des intermittences. D'ailleurs, l'artère est souple. Le 3 octobre, je prends le tracé n° 1.

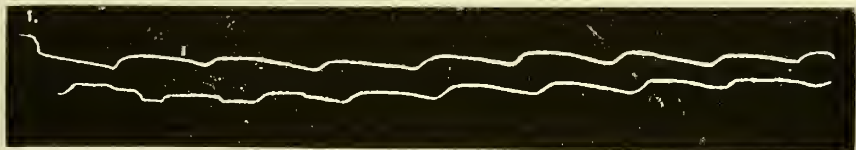


Fig. 1.

Comme on le voit, il n'y a pas d'élévation, les sommets sont arrondis et indiquent une gêne de la sortie ventriculaire. Je diagnostique un rétrécissement aortique ; mais il peut y avoir une autre lésion, car, en examinant de près, on trouve une intermittence et de l'irrégularité, indice d'une insuffisance mitrale à son début. Ce qui me paraît encore plus grave, c'est le peu de tendance à la compensation, et le manque de verticalité de la ligne d'ascension. Je ne pus saisir, au sphygmographe, les palpitations ni les frémissements accusés par la malade. Dès le commencement, connaissant Mme X... et son caractère impressionnable, pensant pouvoir faire abstraction du refroidissement surajouté à l'état ancien, et m'imaginant, à tort, avoir affaire à une influence d'origine nerveuse sur le cœur, je conseillai, par jour, 2 grammes de bromure de potassium. Tenant compte, d'autre part, des intermittences et de l'irrégularité du pouls, désireux de combattre en même temps la faiblesse systolique,

j'ajoute au bromure 0,20 centigr. d'extrait de digitale, par jour, en deux pilules argentées. Je prescrivis le plus complet repos, sans rien changer à l'alimentation ordinaire. D'ailleurs la nutrition n'était pas sensiblement altérée. Les repas étaient suivis d'une période de mieux.

La douleur et l'anxiété précordiales continuaient à se faire sentir. Le 6 octobre, je reprends le tracé du pouls (n° 2).

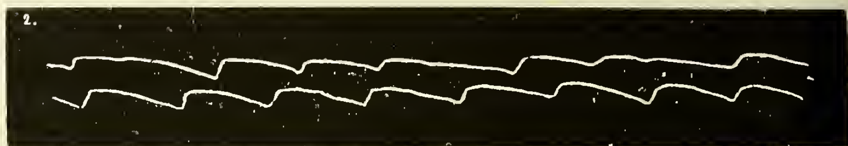


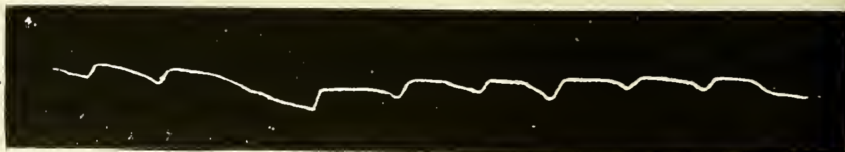
Fig. II.

Je retrouve les mêmes caractères avec quelques tentatives de systoles plus puissantes. J'entends encore le bruit de souffle modéré du premier temps.

Le 9 octobre, la malade se sent un peu mieux, a pu dormir; elle s'est toujours couchée et dans le décubitus dorsal. Je prends un troisième tracé.


Fig. III.

Je trouve le pouls normal avec le plateau de son âge (soixante-deux ans), et moins d'irrégularité. Le tracé, pris après le repas, moment le meilleur de la journée, changeait vite de caractère à mesure que la digestion approchait de sa fin. A jeun la malade ressentait les intermittences et les frémissements de son cœur. Le maximum du désordre cardiaque se produisait la nuit. Ainsi, le 13 octobre, je prends le tracé avant le repas (n° 4).


Fig. IV.

On voit que nous sommes loin des premiers pouls

Je vérifie cette différence dans les mouvements du cœur, suivant l'état de vacuité ou de plénitude de l'estomac, et désormais je prends les nouveaux tracés, que j'expose plus loin, avant les repas, c'est-à-dire au moment des plus grands désordres cardiaques.

A cette époque, ma malade prend 0,30 centigr. d'extrait de digitale au lieu de 0,20, tout en continuant son bromure.

Bien qu'en apparence la digitale fût bien supportée et ne provoquât

pas de nausées ni de diurèse abondante, les tracés suivants indiquaient que cette dose était trop élevée, comme on peut le voir aux tracés nos 5, 6 et 7.

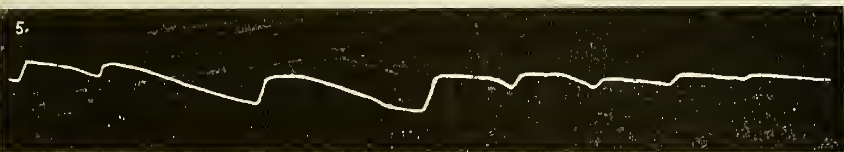


Fig. V.



Fig. VI.



Fig. VII.

Ces graphiques sont presque identiques à ceux donnés par Lorain, dans les cas d'abus de la digitale. D'ailleurs, le pouls était trop ralenti, à 52, et cependant les palpitations et les sensations d'intermittence n'avaient pas sensiblement diminué. En passant, je signale le fait, bien d'accord avec les principes de physiologie, qu'après le repas le pouls perd de son amplitude, s'abaisse et efface son dicrotisme par excès de tension intra-sanguine, tandis qu'à jeun il y a relâchement des tuniques artérielles et maximum d'élévation et de dicrotisme. On peut vérifier cette donnée sur les tracés 6 et 7, le premier pris avant le repas, le deuxième une demi-heure après. Je suspends le bromure, reviens à 0,20 centigr. d'extrait de digitale et, à partir du 16 octobre, je donne à Mme X... 0,50 centigr. d'iodure de potassium. Un symptôme nouveau était venu s'ajouter aux autres, le soir il y avait un léger œdème des malléoles. La dyspnée, presque insensible pendant le repos et l'exercice de la parole, s'augmentait visiblement par la marche.

Le 20 octobre, je prends le tracé no 8, le 30 octobre le tracé no 9. Le pouls conserve quelques intermittences et, sauf ce caractère, revient au pouls normal.

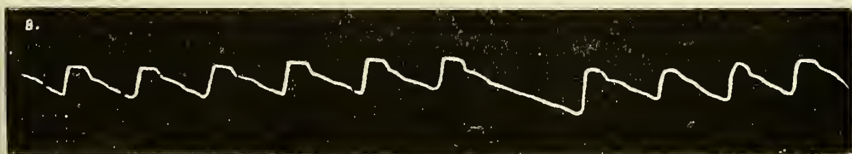
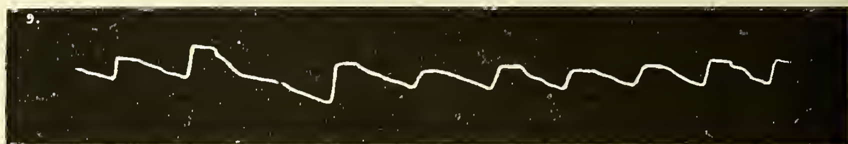


Fig. VIII.

Fig. IX.

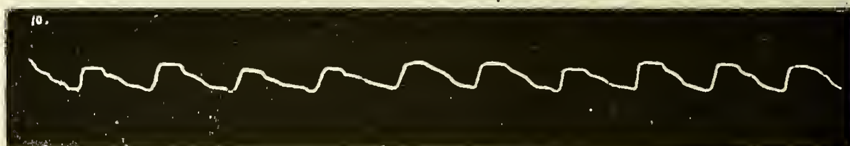


Je cesse la digitale et, jusqu'en mars 1878, c'est-à-dire pendant cinq mois et demi, je m'opiniâtre à l'administration de l'iodure de potassium.

Pendant les mois de novembre et de décembre, la gêne et la douleur précordiales ont disparu, le pouls ne présente que de rares intermittences, les malléoles ne sont plus œdématiées, la marche est possible.

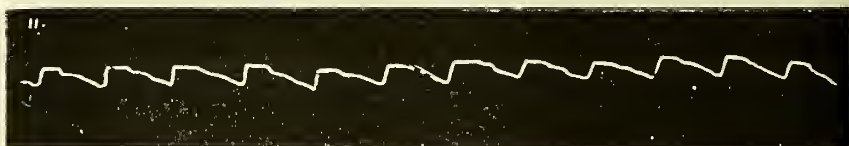
Le 3 novembre déjà (tracé 10), le pouls a gagné en régularité. Ses caractères se maintiennent et je peux affirmer la guérison.

Fig. X



Le 30 mars, j'écoute le cœur et n'entends plus de souffle; je prends le tracé n° 11, satisfaisant, comme on voit, pour une femme de soixante-deux ans qui a eu sept enfants et beaucoup de tribulations dans son existence.

Fig. XI.



Cependant, la lecture de ce dernier tracé indique bien encore, malgré la très-grande amélioration, que les systoles sont inégales en hauteur et qu'il doit rester quelque chose de la lésion primitive, soit à l'orifice de l'aorte, soit à l'orifice mitral.

Au mois d'avril 1878, Mme X... s'enrhume, quelques intermittences reparaissent et sa toux s'accompagne de dyspnée plus grande qu'à l'état normal et tout rentre dans l'ordre. Le pouls revient au type du tracé n° 11, on ne peut plus voisin du pouls ordinaire de cet âge.

J'ai vu le mal à son origine. Je suis sûr de n'avoir pas eu affaire à une pleurésie compliquée de péricardite, et ma malade n'a jamais eu de rhumatismes aigus ou chroniques antérieurs.

N'est-ce pas là une atteinte directe du cœur sous l'influence du

froid ou du rhumatisme avec des manifestations à peine sous-aiguës? Je pense à cette seconde hypothèse plutôt qu'au coup de froid subit, car, avant le refroidissement, existait déjà une douleur sourde rétro-sternale, depuis un mois environ. Le froid n'est venu qu'exagérer l'état premier et lui donner plus d'acuité, sans cependant éveiller l'appareil aigu et fébrile de l'endocardite du cours du rhumatisme articulaire aigu. D'ailleurs, Mme X..., fille d'un père arthritique, qui a eu des calculs rénaux, des coliques néphrétiques et est mort à quatre-vingt-deux ans, et d'une mère morte à quatre-vingt-onze ans et herpétique, n'a jamais eu de manifestations quelconques de ces maladies constitutionnelles.

J'ai souvent pensé qu'il y avait pour les enfants des goutteux ou des rhumatisants une certaine disposition à contracter des cardiopathies dans les formes sous-aiguës ou chroniques de la maladie dominante de leurs ascendants, le rhumatisme.

CHAPITRE II

RHUMATISME VISCÉRAL.

Il n'est pas d'organe qui ne puisse être touché par le rhumatisme dans son processus aigu, sous-aigu, chronique ou vague. Partout le tissu connectif lui offre un terrain de facile développement ; il en résulte que les effets de la fixation de ce génie morbide prennent des formes, des localisations variées, auxquelles il faut ajouter encore des différences d'intensité et des troubles fonctionnels très-divers. Les symptômes observés peuvent être imputés à plusieurs causes, et de la multiplicité de leurs allures découlent de fréquentes erreurs.

En outre, nous ne possédons aucun caractère *spécifique,* qui fasse distinguer anatomiquement ou chimiquement les lésions d'origine rhumatismale de celles qui dérivent d'autres maladies, la goutte exceptée. De sorte qu'en réalité, c'est encore à l'observation clinique qu'il faut revenir, pour trouver, en attendant mieux, un guide sûr et fidèle.

La science est à peu près faite sur les lésions du cœur de nature rhumatismale; les déterminations méningitiques, pleurales et quelques autres, sont plus ou moins bien connues. Le remarquable travail de Ball (1) a analysé et condensé les notions jusqu'ici admises. Mais les localisations intestinales, stomacales, nerveuses du rhumatisme n'ont pas encore un droit de cité incontesté, surtout lorsqu'elles ne succèdent pas à l'atteinte rhumatismale aiguë. Les observations manquent, et, d'ailleurs, la difficulté s'augmente en raison des ressemblances que présentent entre elles les affections goutteuses et rhumatismales, éloignées des types les mieux connus.

(1) Ball, *Rhumatisme viscéral,* 1866. Thèse d'agrégation. Paris.

Pour les cas douteux, dans lesquels telle ou telle maladie générale peut réclamer comme siennes les affections apparues, je pense que l'examen non-seulement des coïncidences, des alternances de rhumatisme, mais encore et surtout de l'hérédité morbide suffisent pour éclairer le clinicien. Il ne faut pas se contenter de remonter très-haut dans l'histoire passée de l'individualité malade, de rechercher les précédents morbides des aïeux et des parents, il faut encore, s'il est possible, descendre et interroger la santé des enfants. Quelque chose de voilé chez le père est souvent plus visible chez les enfants. C'est ainsi que, poursuivie à travers deux, quelquefois trois générations, l'influence morbide dominante finit par révéler sa véritable nature et se distinguer de l'influence des croisements entre tendances organiques différentes et donner une règle de conduite au praticien.

C'est à ce titre que je relate les deux premières observations suivantes. Au premier abord, les deux malades qui en sont l'objet me paraissaient devoir être regardés comme deux cas de goutte viscérale non douteuse; mais, après plus minutieux examen, j'ai dû les rattacher au rhumatisme. La troisième observation est un cas de néphrite rhumatismale accompagné d'albuminerie abondante et longue dont l'iodure de potassium, longtemps administré, a triomphé.

Observation I

Sommaire : Asthme avec emphysème, manifestations alternantes de migraines, de douleurs aux genoux et d'accès de gastralgie flatulente.— Rhumatisme viscéral.

M. E. X..., ancien industriel, âgé de cinquante-trois ans, rose, frais, le cou court, souffre, depuis l'enfance, d'un état morbide à multiples manifestations, qui me paraît devoir se rattacher à l'arthritisme et plutôt au rhumatisme qu'à la goutte.

Tout jeune, M. E. X... était sujet à des oppressions passagères, très-répé-

tées, gardait difficilement l'immobilité sur les bancs de l'école et se fatiguait rapidement de la contention d'esprit et du travail intellectuel, ce qui ne l'empêchait pas d'être aussi intelligent que tous ses camarades. Plus tard, adolescent, toujours en proie à un besoin instinctif de mouvement, il était encore plus facilement gêné de la respiration. Ses accès de suffocation plus prolongés, le mettaient dans des états nerveux lamentables et se terminaient souvent par des pleurs. Il ressentait une constriction de la base de la poitrine, ne pouvait dilater son thorax et ne trouvait du soulagement qu'en se roulant à terre. M. E. X... est rose, frais, gros et ne possède pas le facies pâle, à traits tirés, des gens nerveux. Il fut ainsi, poursuivi par son mal, jusque vers l'âge de quarante ans. Fait digne de remarque, la fatigue physique amenait de la détente respiratoire et tout travail de la peau lui était utile. En 1869 ou 1870, une transformation s'opère. Les grands accès de suffocation disparaissent insensiblement et sont remplacés par une violente gastralgie flatulente, acide et des crampes douloureuses de l'estomac. Le vin et les liquides alcooliques augmentaient l'intensité et la fréquence de ces derniers accidents; il dut, sur mon conseil, se résigner à n'en plus faire usage et à boire de l'eau.

Depuis que je l'observe et le soigne, M. E. X... passe par les alternatives les plus curieuses. Pendant une période de temps à durée très-variable, il souffre des deux genoux, sans gonflement notable. Quand il veut se lever il ressent de la douleur et perçoit des craquements articulaires. Après un certain temps de marche, la douleur et la gêne articulaire diminuent sans disparaître. Il porte des genouillères en molleton.

Quand les genoux ne souffrent plus, l'estomac entre en gastralgie.

La nuit, longtemps après la digestion stomacale, quand l'estomac est vide, M. E. X... se reveille brusquement, oppressé et après des efforts prolongés, douloureux, il expulse des gaz, sonores, en grande quantité et pas sans crampes stomacales et douleurs analogues à des pincements, à des torsions à la base de la poitrine et au creux épigastrique. Après quelques jours, souvent quelques semaines de cet état, la scène change, avec plus ou moins de brusquerie et sans cause connue; c'est la tête qui se prend d'une migraine plus ou moins intense. A ces moments, la face est congestionnée; jamais la migraine ne se termine par des vomissements. Le malade, très-barométrique, accuse le temps orageux, le changement de pression et de direction des vents; mais il a constaté lui-même depuis, qu'il n'y avait rien de constant dans cette influence. J'emploie le mot migraine, dans son sens vulgaire; en réalité, il s'agit de céphalée sévissant sur la totalité de la tête et sans douleur à la pression.

Il y a une douzaine d'années, son médecin, voulant lutter sans doute contre l'influence rhumatismale, lui prescrivit des douches froides, qui eurent pour résultat de congestionner la poitrine et d'amener une abondante hémoptysie. Plus tard, il fut envoyé à Vichy, qui procura la première fois, un notable soulagement, une seconde fois, aucun résultat.

Jamais mon malade n'a eu d'hémorrhoïdes, mais il s'est plaint longtemps, et se plaint encore de démangeaisons fréquentes périanales.

Aujourd'hui (1878), la trilogie morbide, qui se partage sa santé est toujours la même, *migraines, gastralgie flatulentes et oppressions* (ces dernières moins vives qu'autrefois), *douleurs dans les genoux*. Le plus souvent, il y a alternance de ces symptômes. Cependant il existe des périodes dans lesquelles M. E. X... est indemne de toute manifestation. J'ai remarqué que l'amélioration coïncidait avec la fatigue physique, le séjour à la campagne, les grandes marches et les parties de chasse par les temps secs.

En général, son état gastralgique se réveille après la digestion stomacale, et s'apaise par l'action de manger. D'habitude M. E. X... porte sur lui du biscuit de mer, il en mange quand il commence à ressentir les pincements gastralgiques, prélude de la production des gaz et de la distension de l'estomac, pendant le jour.

La salivation est dans ces périodes très-abondante.

La nuit, il use avec prodigalité de magnésie, qui favorise l'expulsion des gaz et lui donne une certaine liberté de ventre. C'est un moyen qui produit des résultats immédiats et dont j'ai peur qu'il abuse. Il a deux accès, l'un vers les quatre heures du soir, l'autre au milieu de la nuit. Le premier avorte souvent par le manger, l'autre plus difficilement. Quand la magnésie est insuffisante, une tasse de lait joue, pendant la nuit, le rôle du biscuit du jour. Malgré mes observations, je n'ai jamais vu de sable urique dans ses urines, ordinairement très-claires, abondantes, surtout en période gastralgique. Le sérum du sang, traité par l'acide acétique, ne contient pas d'acide urique. J'ai vainement cherché les nodosités de l'oreille, les douleurs des orteils, les dépôts uratiques aux petites articulations.

Le père de mon malade, homme trapu, solide, haut en couleur, était comme son fils et présentait tous ces symptômes peut-être à un degré moindre; mais ce fut toute sa vie un travailleur. Ardent et intrépide chasseur, battant le marais, il avait été atteint de bonne heure de douleurs musculaires des deux épaules. La sœur de M. E. X... est dans un état à peu près semblable à celui de son frère; les phénomènes morbides du côté de l'estomac ont aussi constitué le fait saillant des troubles de sa santé. Le frère, plus jeune de dix ans, commence à ressentir des étouffements, mais jusqu'ici a été le moins malade. Enfin, le fils unique de M. E. X..., aujourd'hui âgé de vingt ans, est, du côté des prédispositions morbides constitutionnelles, tout le portrait de son père. Déjà comme lui, dès son bas âge, il a été souvent gêné de la respiration. Actuellement, il a des attaques du suffocation, sans toux, sans expectoration, sans lésions pulmonaires quelconques. C'est un beau garçon, robuste, rose et de forte constitution. Comme son père, il a besoin de mouvement et d'activité. Le décubitus dorsal ne le soulage pas. Instinctivement, il ne boit que de l'eau. L'immobilité et la tension d'esprit sont ses deux ennemis. Ses urines contiennent souvent du sable urique.

Sans vouloir me prononcer sur la nature intime de ce mal, d'une façon absolue, il est évident qu'il ne peut être rattaché qu'à la goutte

ou au rhumatisme. Faut-il, pour tourner la difficulté, l'englober comme le ferait Bazin, dans la dénomination d'arthritisme viscéral ?

C'est plus facile, mais moins net. D'ailleurs, si je reconnais volontiers que les types de la goutte et du rhumatisme sont bien tranchés, très-distincts; il est, par contre, sur la limite indécise de ces maladies constitutionnelles, un grand nombre de faits, difficiles à classer, et se pouvant réclamer, avec autant de raison, de l'un ou de l'autre de ces deux états généraux. Cependant, ici, dans l'espèce, l'absence de douleurs et de dépôts uratiques aux petites articulations, de surcharge urique du sang, et d'hérédité morbide, me fait incliner vers le rhumatisme viscéral. C'est à ce titre que je relate cette observation.

J'ai essayé diverses médications. Le bicarbonate de soude, le bromure de potassium ont été sans résultats sensibles. Le salicylate de soude a donné un mois de tranquillité gastrique, et n'a pas amené d'acide urique ou une plus grande quantité d'urates dans les urines. Cependant, je fais des réserves sur l'action de ce sel, car je pense l'avoir appliqué, vers la fin d'une période d'attaques gastralgiques, qui, d'elles-mêmes, auraient pu disparaître. Il ne serait pas juste, dans ce cas, d'attribuer au médicament le bénéfice de la marche naturelle du mal vers l'amélioration momentanée. L'iodure de potassium n'a pas été utile, mais il n'a pas été employé avec méthode et continuité. C'est un médicament que je reprendrai. Jusqu'ici, les bains à l'étuve sèche et les abondantes sudations qu'ils entraînent, suivis, non d'une douche froide que je redoute toujours (vu l'ancienne hémoptysie), mais d'une petite lotion fraîche avec l'éponge qui n'a pas l'inconvénient de la percussion congestive, ont donné les résultats les plus satisfaisants. Les bains sulfureux, suivis de frictions sèches, ont amené de l'amélioration. Il va sans dire que, lorsque le travail exagéré de la peau a produit un mieux, après un temps variant de quinze jours à deux mois, les hostilités recommencent, et mon malade entre à nouveau dans la série des alternances déjà décrites.

Cette année, printemps de 1878, j'envoie mon malade à Dax, en redoutant les congestions possibles pulmonaires ou céphaliques du traitement hydrothérapique, et en priant le médecin de l'établissement de cette station de tâter la peau avec prudence. D'ailleurs, Dax n'a produit aucun résultat (juillet 1878).

Observation II.

Sommaire : Rhumatisme viscéral. — Gastro-entéralgie flatulente.

Mme X..., soixante ans, est souffrante depuis une dizaine d'années et fait remonter son état maladif à la ménopause. Avant cette époque, elle signale des maux de tête fréquents.

L'estomac, l'intestin sont, de temps en temps, le siége de chaleurs, de douleurs et de production de gaz abondants qui s'échappent le plus souvent sous forme d'éructations nombreuses, sonores, vibrantes, douloureuses. Elle fuit la société, même des siens.

Avant d'insister sur l'état présent, un mot sur le passé : Mme X... a eu des hémorrhoïdes et en a encore, depuis ses premières couches; ses membres inférieurs sont devenus variqueux, plus spécialement sa jambe gauche. Étant jeune, elle a eu des pellicules du cuir chevelu, sans grande abondance, des démangeaisons à la tête. Avec l'âge adulte, ces phénomènes ont disparu. Sur la partie médiane et la plus élevée du front, existe une petite tumeur érectile arrêtée dans son développement. En somme, Mme X... a joui d'une excellente santé et a dirigé toute sa vie, avec activité, un ménage important.

Depuis la ménopause, elle est sujette, à intervalles variables, à des congestions des paupières de l'un ou de l'autre œil, avec sensation de picotements et de démangeaisons surtout au bord ciliaire. Le cul-de-sac conjonctival inférieur est rouge, granuleux. A ces moments, la malade éprouve une sensation de graviers et de sables fins, sans qu'il y ait, comme cause à invoquer, des refroidissements partiels. Les cheveux, les cils et les sourcils sont bien conservés.

Quand les yeux sont sains, c'est le pharynx qui se prend, et présente de la rougeur, de la chaleur, des picotements. La muqueuse de l'isthme, la paroi postérieure du pharynx sont congestionnées et maroquinées.

La région périnéale a été, à diverses fois, le siége de démangeaisons.

Par trois fois, les mains ont présenté, à leur face dorsale, une éruption vésiculo-papuleuse, prurigineuse, rouge, d'une durée de quinze jours, laissant sur le déclin, une furfuration fine.

Enfin, Mme X..., en l'absence des symptômes précités, et sans cause bien connue, est prise d'entérite avec liquidité des garde-robes, qui dure plus ou moins, en laissant de la fatigue et sans trop réveiller les synergies de l'estomac.

Comme je le disais au début de cette observation, ce qui domine l'état morbide, ce sont les accès d'entéralgie et de gastralgie flatulentes, qui se répètent fréquemment depuis quatre ou cinq années.

Le début de ces accès est marqué par des frissons, du refroidissement des pieds et des mains et une sorte de malaise général qui va jusqu'à l'angoisse. Les cordiaux remédient à cet état, qui ressemble, à s'y méprendre, à l'anxiété profonde de ce qu'il est convenu d'appeler la goutte remontée à l'estomac. C'est d'ordinaire, après quelques jours d'inappétence, d'état saburral des premières voies, que l'accès éclate subitement, de préférence la nuit, souvent après un bon sommeil, vers les quatre ou cinq heures du matin. A ce moment, la malade se réveille brusquement, dans de l'anxiété respiratoire, pâlit et se refroidit, frissonne. Après quelques stimulants, thé ou tilleul, commence une réaction difficile, avec une longue série, ininterrompue *d'éructations bruyantes*, sans caractères particuliers de goût ou d'odeur.

D'autres fois, le début est marqué par des pandiculations, des bâillements, des pleurs. Chaque chagrin ramène facilement les accès.

L'estomac en spasmes continuels, est douloureux; l'intestin entre bientôt en scène, il y a de gros borborygmes, le ventre est le siége d'une vive chaleur (un véritable pyrosis intestinal) et la malade ne cesse de lutter par les contractions de son diaphragme et de sa paroi abdominable contre l'expansion de son tube digestif et l'abondance de ses gaz. L'expulsion du gaz par l'anus est difficile, et quand elle a lieu, soulage notablement la malade. En pleine réaction, l'état fébrile est modéré et pas en harmonie avec la première période d'algidité.

J'ai vu ces accès durer de plusieurs heures à plusieurs jours et même, avec quelques interruptions, plusieurs semaines.

Pendant l'accès, la langue est blanche et sèche, la soif vive, la faiblesse grande. Après, les urines sont copieuses et claires et n'ont jamais présenté de sucre. Le ventre reste météorisé et sensible. Les selles restent normales, quelquefois deviennent un peu molles; il n'y a pas à proprement parler d'entérite consécutive.

Par deux fois, entre deux accès de ce genre, j'ai observé des spasmes pharyngo-œsophagiens. La première fois, il y avait de la douleur pendant la déglutition. On eut dit du rhumatisme œsophagien. Le bol alimentaire éveillait, par son passage, des douleurs et des mouvements de déglutition répétés. La seconde fois, après le passage des premières bouchées, le pharynx et l'œsophage entraient en spasme et il était impossible à la malade d'avaler. Il fallait attendre la fin des spasmes. A ces moments, si

la malade se hâte trop de manger, elle risque d'avaler malgré elle et avant une mastication et une insalivation suffisantes.

Pour compléter le tableau des formes si mobiles de ce mal, je dois ajouter que, de loin en loin, M[me] X... a des douleurs modérées dans les petites articulations des doigts des mains. Deux articulations phalango-phalanginiennes sont légèrement déformées et tuméfiées. C'est dans les mouvements rapides de flexion des doigts que la douleur est ressentie. Il n'y a jamais eu d'acuité, ni de gonflement inflammatoire.

M[me] X... est fille d'un père, mort à quatre-vingt ans, ayant joui d'une belle santé, rhumatisant dans les derniers temps de sa vie. Longtemps, il fut tourmenté par une sciatique rebelle, contre laquelle, le fer rouge lui-même fut impuissant et qui ne céda qu'à l'administration du purgatif Leroy. La mère de M[me] X... est morte à quatre-vingt-sept ans, après une vie pleine de santé.

Les deux enfants de M[me] X... sont rhumatisants.

Je ne cache pas que je suis encore perplexe sur la nature intime de ces désordres.

Je sais que la coïncidence de l'état hémorrhoïdaire pourrait m'autoriser à croire ce cas justiciable de la diathèse goutteuse; mais le manque d'antécédents goutteux dans la famille, l'absence de dépôts uratiques articulaires, de douleurs aiguës ou sous-aiguës dans les petites articulations, de surcharge urique dans le sang, me conduisent à écarter cette opinion. D'autre part, les deux enfants de cette dame sont rhumatisants.

La fille, après avoir souffert de rhumatismes fibreux sacro-lombaires est encore aujourd'hui en proie à une sciatique tenace, à forme congestive.

Le fils, depuis douze ans jusqu'à seize ans, a été pris de trois attaques de rhumatisme articulaire aigu.

Nous voyons, souvent, dans la pratique, périr de phthisie pulmonaire des malades dont les parents sains ou d'apparence saine, jusqu'alors, succombent plus tard, après leurs enfants, à la même maladie.

L'état de la prédisposition générale, dû aux parents, s'accentue souvent et évolue plus vite chez les enfants. N'est-ce pas à un cas de ce genre de diathèse rhumatismale que j'ai eu affaire? Larvé

chez la mère, s'attaquant de préférence à l'estomac et à l'intestin, il reprend sa forme normale et devient articulaire chez les enfants.

Enfin, quelle que soit la valeur de cette raison isolée, le traitement hydrothérapique est celui qui donne à ma malade, les meilleurs résultats. En joignant ce dernier détail aux autres, n'y a-t-il pas, en faveur du rhumatisme viscéral, un faisceau d'arguments dont l'ensemble a quelque valeur?

Observation III.

SOMMAIRE : Rhumatisme viscéral. — Néphrite albumineuse de nature rhumatismale. — Guérison par l'iodure de potassium.

Mme B..., cinquante ans, rue du Mirail, à Bordeaux, souffre depuis longtemps de douleurs rhumatismales, à forme sous-aiguë, siégeant particulièrement dans les muscles des jambes, des cuisses, aux articulations des genoux. La douleur la plus fixe et la plus ancienne est localisée à la région lombaire. Mme B... est grasse, replète, a eu autrefois, dans sa jeunesse, des rhumatismes aigus articulaires, qui ont laissé intactes les fonctions du cœur. Elle habite l'arrière-chambre obscure et humide d'un rez-de-chaussée. Je vois cette malade, pour la première fois, dans les derniers jours de décembre 1875. Voici son état : douleurs dans les membres inférieurs, avec œdème léger des malléoles, malaise général, fièvre continue modérée,. oscillant entre 80 et 95, enfin dyspnée peu intense; douleur lombaire réveillée par la pression et les mouvements, mais aussi spontanée. C'est en vain que j'examine le cœur ou que je prends le tracé du pouls; d'une part, je ne trouve aucun bruit anormal; de l'autre, la ligne d'ascension du pouls est peut-être un peut plus haute qu'à l'ordinaire, comme cela s'observe dans le rhumatisme sous-aigu; mais je n'aperçois aucune variation de forme, ni du dicrotisme exagéré. Les urines ne présentent aucune altération. Ni la chaleur, ni l'acide azotique ne décèlent de l'albumine.

Cet état dura ainsi, sans s'accentuer, jusqu'au mois de février 1876. A cette époque, la dypsnée augmente, l'œdème des malléoles gagne les jambes, bientôt survient de l'anasarque. Le visage, surtout dans sa partie inférieure, est bouffi et pâle, et l'œil prend l'aspect terne particulier des albuminuriques.

La dyspnée va jusqu'à l'orthopnée; Mme B... ne peut rester dans le décubitus dorsal, ni dans la station assise du lit, à cause de l'infiltration du tissu cellulaire de ses cuisses et de son abdomen. Je ne constate aucun épanchement péritonéal.

Concomitamment, les douleurs propres au rhumatisme se sont aggravées, sans parler de la compression douloureuse qu'exerce l'anasarque sur toute la périphérie du corps. En particulier, les douleurs lombaires sont plus aiguës. Le cœur reste impassible dans cette période si troublée; l'estomac souffre, est pris de nausées, ne peut tolérer aucun aliment. Mon attention est tenue en éveil sur les deux organes, dont les lésions possibles pouvaient provoquer cet appareil symptomatique, le cœur, les reins. Lequel des deux était la cause réelle de cet état? Ma perplexité était grande. Il n'existait, en effet, pas de trouble cardiaque appréciable, et, sauf l'orthopnée, rien ne pouvait m'autoriser à accuser le cœur; les urines étaient normales, au moins en qualité.

En attendant que mon opinion fût fixée, j'administrai des bains à l'étuve sèche, quelques légers drastiques et une alimentation exclusivement lactée. Le jeudi 17 février 1876, M. H. Gintrac m'assista en consultation, conseilla le même traitement, en appuyant encore sur le lait. Son embarras était grand, car l'urine ne contenait pas encore d'albumine et le cœur ne présentait rien d'anormal. Mon savant collègue me prédit qu'à bref délai, quelque symptôme nouveau viendrait éclairer le diagnostic.

Je ne cessais pas d'examiner les urines qui étaient diminuées, colorées, et ne dépassaient pas, par vingt-quatre heures, 0,70 centilitres. L'albumine ne se révélait pas. En outre, par trois fois consécutives, je fis l'examen au microscope des sédiments urinaires, et ne trouvai que des débris de plaques épithéliales; mais rien qui ressemblât à des desquammations granulo-graisseuses des tubuli. Ce à quoi il était facile de s'attendre.

C'est en avril, après plusieurs recherches consécutives, que je vis un épais nuage d'albumine se précipiter dans l'urine au contact de l'acide azotique. Il s'écoula donc cinq mois entre le début du mal et l'apparition de l'albumine. Le 29 mai, je fis recueillir les urines de vingt-quatre heures pesant 1,400 grammes; soumises à l'ébullition, elles donnèrent un précipité qui, filtré et desséché doucement, pesait 30 grammes et une fraction négligeable, c'est-à-dire 2 0/0 d'albumine en chiffres ronds. A partir de ce moment, je modifiai, ainsi qu'il suit, le traitement : à l'alimentation lactée, aux bains de vapeur à l'étuve sèche, j'adjoignis tous les jours 0,50 centig. d'iodure de potassium. Je dus bientôt cesser les bains de vapeur et le lait dont la malade était fatiguée, et je continuai seulement l'iodure avec une constance inébranlable. Contre les douleurs, et dans les moments seulement d'insomnie, j'administrai du chlorhydrate de morphine sous forme de pilules. Le 2 juin, vendredi, j'examinai encore les urines qui étaient un peu plus abondantes et contenaient la même proportion d'albumine. Deux fois par mois, usant du même procédé, je comptais la proportion d'albumine, qui, jusqu'au mois d'octobre 1876, descendit progressivement de 2 0/0 à 0,70 centigr. 0/0. Voici textuellement ce que je copie dans mes

notes : *aujourd'hui 25 octobre, mercredi, les urines de Mme B... contiennent 0,70 0/0 d'albumine; amélioration.*

Il a fallu cinq mois environ, pour amener une diminution notable de l'albumine. A partir de ce moment l'amélioration va s'accentuant; les douleurs des lombes, des jambes, diminuent progressivement et l'anasarque disparaît, en même temps que les urines augmentent. Enfin, dans mon avant-dernier examen des urines, qui eut lieu en février 1877, je ne trouve plus qu'une quantité à peine pondérable d'albumine. En mai 1877, l'acide azotique et l'ébullition ne décèlent plus rien. Jusqu'à l'heure actuelle, février 1878, j'ai tenu ma malade à l'usage de l'iodure. Le traitement a été suivi avec fidélité, et j'attribue à cet agent la meilleure, sinon l'exclusive part, dans la guérison. Mme B... conserve encore de la sensibilité aux jambes, mais a repris son travail quotidien et souffre seulement de ses reins et de ses jambes, quand elle exagère sa fatigue. De temps en temps, comme je le lui ai appris, elle essaye ses urines avec l'acide azotique et en surveille la quantité, pour me tenir au courant de son état. Depuis octobre 1876, l'albumine n'a plus reparu. Je considère cette malade comme guérie. J'écris ceci en mars 1878.

En examinant avec soin cette observation, je reste convaincu que les reins ont dû être frappés, à leur tour, par le rhumatisme, au même titre que le sont le péricarde et le cœur. On remarquera l'envahissement rhumatismal sévissant d'abord sur les membres inférieurs, puis sur la région lombaire et enfin, cinq mois après le début de la maladie, l'apparition de l'albuminurie.

La médication employée a été essentiellement anti-rhumatismale; les bains à l'étuve sèche et l'iodure de potassium triomphent, d'ordinaire, de ce génie morbide, dans ses manifestatiens sous-aiguës.

Il n'est pas douteux pour moi que, si je m'étais borné au régime lacté, la lésion rénale ne se fût peu à peu accentuée et ait détruit à jamais les fonctions des reins.

L'action lente et continue, d'une part, du travail de la peau, de l'autre de l'iodure de potassium, a amené la résolution des néoplasies rhumatismales fixées aux reins, signalées par Rayer, et finalement réintégré ces organes dans leur état normal.

Après dix-huit mois de déperdition d'albumine, il n'est généralement pas permis d'espérer la guérison. D'habitude, cette durée de

l'albuminurie est attribuée aux lésions profondes et irrémédiables de la maladie de Bright.

Ce cas me donne donc à penser qu'il ne faut pas désespérer d'abord, ensuite que bon nombre de maladies de Bright bien confirmées et fatalement mortelles pourraient être, au début, de simples néphrites rhumatismales, primitives ou consécutives, qu'un traitement approprié et marqué au coin d'une vigilante persévérance auraient pu guérir, avant leur passage aux lésions absolument incurables.

D'ailleurs, je me propose de suivre cette idée; en attendant, que mes confrères cherchent dans cette voie, quand l'occasion leur en sera fournie !

CHAPITRE III

ALCOOLISME AVEC PROCESSUS HÉMORRHAGIQUE.

Observation I

Sommaire : Alcoolisme invétéré. — Processus hémorrhagique. — Épistaxis, ecchymoses sous-conjonctivales, hémoptysies, purpura. — Phlegmon diffus de la cuisse et de la jambe du côté gauche. — Mort.

M. B..., âgé de trente ans, marchand de vin par 25 litres, marié depuis cinq ans, père de famille, a, depuis longtemps, pris des habitudes d'alcoolisme. Il a un grand choix de boissons préférées, mais le bitter est sa liqueur favorite. Il recherche les occasions de boire avec des amis ayant les mêmes inclinations. Sans jamais atteindre l'ivresse manifeste, il est toujours sous l'influence de l'alcool. Après une période d'excitation à laquelle je n'assistai pas, il en arriva progressivement à un état où la langue était toujours sèche et toujours vive l'appétence pour les liquides alcooliques. Depuis deux ans, B... ne mange que très-peu, et dans les repas d'amis auxquels il prend part, tout le monde remarque qu'il mange très-peu et boit beaucoup.

Je fus consulté en décembre 1874. Je trouve B... anémié, jaune-pâle, la figure un peu bouffie dans le bas, l'œil terne et l'expression du visage morose. Sa femme m'explique qu'autrefois gai, affectueux, égal, son mari est devenu acariâtre, brusque, mobile, parfois violent. Un rien l'émeut, le fait pleurer ; un rien aussi l'irrite. Il a quelquefois battu sa femme. La mémoire n'est plus nette. A mesure que s'altéraient les fonctions digestives, l'état mental présentait aussi quelques troubles.

Au mois de janvier 1875, à la débilité, à la perversion des fonctions de l'estomac viennent se joindre des épistaxis fréquentes, se reproduisant d'ordinaire tous les matins. Peu abondantes, mais continuelles, ces pertes de sang affaiblissaient visiblement mon malade. Le sommeil était léger, de trois heures environ, le matin; autre cause de faiblesse. Ce sommeil était encore troublé par des rêves fantastiques et des hallucinations.

En février, l'état général s'aggrave encore. Un matin je trouve B... couvert de taches de purpura très-abondantes aux membres inférieurs. Autour et en bas de l'orbite gauche, une large tache rouge-foncé entourait l'œil; on aurait dit qu'il avait reçu pendant la nuit un violent coup de poing sur cet organe. Après avoir inutilement prescrit à petites doses du perchlorure de fer, qui était d'ailleurs mal supporté, je résolus de le mettre à l'alimentation exclusivement lactée. Après des pourparlers nombreux, le malade

voulut bien se soumettre à ce traitement. Point n'est besoin de dire qu'il est difficile d'amener les alcooliques à se priver de leurs boissons habituelles et à se résigner au lait, qui leur inspire une invincible répugnance. Le malade commença par une tasse, et graduellement finit par absorber, par jour, cinq litres de lait. A la fin du mois de février, l'amélioration était sensible et je repris espoir. Le visage se colorait, le caractère devenait plus doux, le sommeil plus paisible et plus long. Le malade se préoccupait de ses affaires depuis longtemps abandonnées. Les épistaxis devenaient plus rares. A ce moment, persuadé qu'il n'y avait qu'à continuer, je fais promettre à B... de persister dans l'usage du lait en l'augmentant si le sentiment de la faim l'exige, et je le perds de vue. Jusqu'à la fin d'avril, surveillé par sa femme et encouragé par sa mère, mon malade suit fidèlement mes conseils. En mai, se trouvant mieux, plus fort et lassé du lait, il revient à l'alimentation habituelle, mais aussi à sa passion ordinaire. En un mois, oublieux du passé, non-seulement il perd le bénéfice de son amélioration, mais encore aggrave son état. Comme autrefois, tout est revenu : épistaxis, taches sous-conjontivales, débilité extrême, impossibilité de manger. A ce moment, il est pris d'hémoptysies légères et de toux.

Nous sommes au commencement de juin; je suis rappelé. A l'auscultation, je trouve des râles sous-crépitants à bulles moyennes et humides en arrière et des deux côtés, rien sous les deux clavicules.

D'ailleurs, pas d'expectoration muqueuse, ce qui m'autorise à attribuer les râles perçus à la présence du sang dans les bronches. La toux disparaît avec l'hémoptysie. Après un mouvement de colère, le purpura des membres inférieurs est revenu. Le malade refuse de reprendre le lait. Le repos au lit, le jus de viande, l'eau vineuse, le quinquina amenèrent une modeste amélioration; le purpura disparaît. Enfin, en vingt-quatre heures, après des frissons prolongés, les membres inférieurs se tuméfient et s'endolorissent, en présentant sous le doigt cet empâtement œdémateux si connu des chirurgiens et signe de la formation d'une inflammation phlegmoneuse. En présence de cette complication si grave, je fais appeler en consultation MM. les docteurs Denucé et Vergely.

La situation fut jugée au-dessous des ressources de l'art, en présence surtout de l'état général. Quelques jours après, je fis deux grandes ouvertures à la cuisse et au mollet gauches. Le membre inférieur droit était revenu à son état normal. Tout autour de l'œdème, se produisaient des foyers sanguins sous-dermiques. Par les incisions faites il sortit très-peu de pus et beaucoup de sang en petits et gros caillots noirs. Le pouls devint très-fréquent, très-irrégulier et petit; la langue se sécha et devint noire; la diarrhée et les sueurs profuses, précédées de frissons indiquaient une infection putride. Le malade mourait dans le marasme à la fin de juin.

L'alcool produit des effets très-variés, dont je n'ai pas l'intention de faire ici l'histoire détaillée. Je me contente de fixer, par cette

observation, l'attention des cliniciens et des anatomo-pathologistes sur les altérations possibles de la texture des petits vaisseaux et des désordres irréparables qui en sont la conséquence. Malthus Hüss les a signalés, depuis longtemps, sans cependant les appuyer d'observations détaillées, dans lesquelles la filiation des symptômes et la marche des lésions vasculaires puissent se suivre facilement et se déduire de l'état d'alcoolisme antérieur. C'est pour combler cette lacune et donner un corps à ce que quelques médecins pourraient considérer comme une simple vue de l'esprit, que je relate cette observation et la suivante.

Observation II.

Sommaire : Alcoolisme chronique. — Hémorrhagies diverses. — Mort.

M. M. S..., âgé de quarante-neuf ans, ex-entrepreneur de peinture de navires, s'est retiré des affaires à trente-cinq ans. Depuis l'âge de dix-huit ans, il s'est mis avec ardeur au travail, il était d'ailleurs déjà marié et la naissance d'un enfant lui était un stimulant énergique. Il était d'un naturel enjoué, mobile, plaisant, aimant à chanter et à rire et ne manquait pas d'esprit. En relation avec des capitaines de navires, dont il cultivait la connaissance pour en obtenir la clientèle, M. M. S... est obligé, de par sa profession, aux politesses d'habitude, sous la forme de dîners d'arrivée, de départ, de séjour. A cette époque, la navigation, plus florissante qu'aujourd'hui, rendait ces occasions gastronomiques plus fréquentes.

Si l'on songe à la répétition multipliée de ces agapes et à l'activité que demande la direction d'un chantier très-occupé et d'un grand nombre d'ouvriers, on peut voir quelle ardeur et quelle continuité dans le travail étaient nécessaires à M. M. S...

En 1857, M. S... est atteint d'une fièvre typhoïde, à forme ataxique, qui met ses jours en danger et dont il se tire heureusement, mais très-affaibli et avec une perte presque totale de la mémoire, qui fut longue à revenir.

Rendu à la santé, il lui restait cependant une digestion difficile, ce qui arrive souvent après les typhoïdes.

En 1858, M. M. S..., sans motif appréciable, quitte brusquement les

affaires Cela parut aux siens et à ses amis un acte extraordinaire, car tout en ayant réalisé une petite fortune, M. M. S... avait derrière lui, une femme et trois enfants, pour lesquels, plus d'un père de famille, plus d'un industriel ou négociant, eussent encore travaillé, au moins jusqu'à l'établissement solide de l'avenir des enfants. M. M. S... se retira donc à trente-cinq ans, avec des enfants jeunes et en pleine prospérité de son industrie. D'ailleurs, depuis quelque temps, sa vivacité ordinaire, toute dépensée en travail, se tournait vers les siens. Son humeur était modifiée. L'appétit surtout présentait de notables changements. Délicat, difficile dans le choix des aliments, il faisait le désespoir de sa femme, toujours en quête pour lui de primeurs et de plats recherchés. Chaque désir exprimé était bien vite satisfait, mais M. M. S... ne touchait que du bout des lèvres aux plats désirés.

En 1865, jusqu'en 1869, cet état se prolonge sans grands changements du côté de la nutrition; mais le caractère s'altère davantage. Notre malade devient quinteux, difficile à vivre, prêt à la dicussion, supportant peu la contradiction et facilement irascible. C'est par ces deux ordres de symptômes que s'ouvre largement la scène morbide : 1° diminution de l'appétit et perversion du goût; 2° altération du caractère. Comme conséquences, je note l'amaigrissement au début et l'affaissement général qni se traduit par une claudication très-accusée, qui ordinairement, en bon état de santé était à peine visible.

J'attribue l'état de la digestion aux nombreux écarts de régime du passé, auxquels il faut ajouter l'influence sur l'estomac d'une typhoïde récente, compliquée d'un renouveau dans les habitudes d'alcoolisme.

L'habitude perdue du travail lui laissait de trop longs loisirs. C'est à cette période que se rattache les longues heures de désœuvrement passées en compagnie d'amis au café et aussi l'absorption trop fréquente de boissons alcooliques. Le bitter avait le don, même en petite quantité, de le rendre irascible et querelleur. Dans une rixe en 1870, à propos de politique, M. M. S..., est vivement serré au cou. Cette scène, de courte durée, fut suivie de suffocation et d'une légère hémoptysie. Ce fut la cause occasionnelle des accidents déroulés ultérieurement.

Autrefois, M. S... avait eu des hémorrhoïdes peu fluentes, qui, aujourd'hui, étaient tuméfiées et douloureuses. En 1871 se déclare une petite toux sèche réveillant une douleur au niveau de la pointe de l'omoplate gauche et, quelques jours après, une hémoptysie de moyenne abondance.

La sonorité était normale; à l'auscultation, en arrière et surtout à gauche, dominaient des râles humides sous-crépitants, nombreux, mêlés à des râles sibilants fins. Sous les clavicules, rien d'anormal.

Persuadé que la misère physiologique pouvait amener M. B... aux tubercules, je soumis mon malade à l'examen de mes confrères MM. Reimonencq, Vergely et H. Gintrac. Ces confrères, après un examen minutieux, éloignèrent toute idée de tuberculisation, mais ne purent dissimuler l'inquiétude que leur inspirait l'état général du malade. Il n'y avait, en effet, ni toux fréquente, ni sueurs nocturnes, ni symptômes

locaux aux sommets des poumons, ni fièvre s'exacerbant le soir. L'oreille retrouvait les traces de l'hémorrhagie pulmonaire récente, mais aucun détail de souffle alarmant et dénotant la condensation du parenchyme du poumon. Il fut décidé que le malade serait soumis à un régime fortifiant, au lait, et qu'on le ferait changer d'air à la belle saison, tout autant pour l'arracher à son milieu habituel que pour relever ses forces. En 1872, malgré les soins les plus assidus, l'alimentation était à peu près nulle, les hémoptysies revenaient plus souvent. Les hémorrhoïdes turgescentes laissaient fluer beaucoup de sang. Survinrent aussi, à cette époque, des épistaxis. Enfin, pour ajouter à cet état de délabrement, les membres inférieurs, en particulier le droit, se couvrirent de taches ecchymotiques qui survinrent en plusieurs poussées. La toux devint plus fréquente, l'oppression respiratoire considérable et, au mois de mars, le malade s'éteignait dans un délire qui durait depuis plusieurs jours et dans un état de marasme squelettique.

Pour être complet, je dois ajouter que le père de ce malade, ancien quartier-maître de la marine de l'État, était aussi un alcoolique.

Dans ces deux observations, on peut suivre l'altération des fonctions digestives, puis l'exaltation du système nerveux, enfin la dépression des forces et, à la période ultime, ces hémorrhagies diverses, anales, nasales, pulmonaires, sous-cutanées, preuves et de l'altération profonde des conduits vasculaires et probablement du sang.

Je n'ai pas à rechercher ici le mécanisme, d'ailleurs inexpliqué, de l'action de l'alcool sur la circulation en général et sur la nutrition des vaisseaux ; je me contente d'établir une relation que je crois réelle entre une cause et ses effets plus ou moins lointains.

En pratique, cette observation et la précédente m'ont autorisé à penser que, lorsqu'on a le bonheur d'assister aux premiers troubles digestifs des alcooliques, il faut se hâter de les nourrir exclusivement au lait et les ramener peu à peu, à l'alimentation ordinaire, au fur et à mesure que la nutrition se fait mieux et que l'estomac reprend ses fonctions. L'amélioration notable de M. B..., alcoolique avancé, témoigne en faveur de ce traitement si simple. Un certain groupe de gastralgiques guérissent par le lait, d'autres par la simple suppression du vin. On peut affirmer qu'une fois entrés dans le cercle vicieux de l'inappétence pour les solides, les alcooli-

ques deviennent plus désireux de boire et ne se soutiennent qu'à la condition de toujours boire. C'est ce qui fait dire avec raison que cet état est irrémédiable et que l'adage vulgaire : Qui a bu, boira, est extrêmement vrai.

Pour résumer mon opinion sur la lésion vasculaire des alcooliques, je pense que les capillaires perdent leur élasticité, qu'ils s'incrustent de sels calcaires et subissent la dégénérescence granulo-graisseuse, que ce phénomène rappelle les vaisseaux des vieillards et constitue un état de sénilité précoce. Comme chez ces derniers, les petits vaisseaux sont fragiles, leur paroi de lisse est devenue dépolie et rugueuse et probablement granulo-graisseuse.

On conçoit que, dans un pareil état, les commandements de dilatation ou de resserrement venus du système nerveux, ne soient plus obéis et deviennent l'occasion de congestions, d'arrêts du sang dans les départements circulatoires, de déchirures et d'hémorrhagies consécutives. Ajoutez l'altération du sang qui facilite encore tous ces désordres.

Quand l'occasion m'en sera fournie dans les hôpitaux, il y aura lieu de bien examiner les petits vaisseaux et de rechercher si, véritablement, la clinique a pu indiquer et le siége et la nature de la lésion, ce que je n'ai pas encore pu vérifier.

Cette question se rattache à la pathogénie des lésions vasculaires en général. Les avis sont très-partagés sur l'influence de l'alcool dans leur production. C'est ainsi que Gubler, sans nier absolument la réalité de l'action de l'alcool, pense que l'excès d'alcalinité du sang et la prédominance des sels terreux par une alimentation trop végétale, sont la cause la plus commune des altérations de la tunique moyenne des vaisseaux [1]. Les vues de cet ingénieux esprit ont encore besoin de contrôle et de nouvelles observations.

(1) *Journal de Médecine pratique*, 1878.

CHAPITRE IV

Sommaire : Quatre observations d'états morbides chez des enfants présentant la plus grande ressemblance avec la première période des méningites tuberculeuses. — Traitement par l'iodure de potassium, longtemps continué.

J'ai eu l'occasion d'observer quatre enfants, dont l'état m'inspira les plus vives craintes.

Je réunis ces quatre faits en une seule relation, tellement ils se ressemblent, au point de vue des symptômes. Tout à l'heure je mentionnerai les particularités spéciales à chacun d'eux.

Après un temps variable dans l'altération de leur humeur journalière, ces enfants se plaignirent de céphalée. Cette période prodromique dura, en moyenne, une quinzaine de jours. Avec l'aggravation de la céphalée survinrent des nausées, des vomissements de matières alimentaires et bilieuses. Tous les quatre, après ce lever de rideau de la scène morbide, furent livrés à des alternatives de torpeur et d'agitation. Je ne constatai pas de convulsions proprement dites, sauf sur un. Les yeux étaient cernés, la face pâle se colorait brusquement pour reprendre bientôt sa pâleur. Le pouls était irrégulier et ralenti au début, c'est-à-dire à la période des nausées. Les pupilles, d'abord resserrées, se dilataient. La respiration était profonde et ralentie, puis irrégulière. Cependant, ces enfants présentèrent des moments dans lesquels le mal rétrocédait et faisait place à l'apparence de santé ordinaire. La raie méningitique apparaissait nettement.

La durée moyenne de cet état indéterminé et qui me faisait croire à une méningite tuberculeuse au début, fut de huit jours. Tous revinrent à la santé. Dans les quatre cas, il y eut constipation. Voici la caractéristique de chacun d'eux :

1° Le fils B..., âgé de huit ans, fut pris, à deux fois différentes et à six mois de distance des symptômes énumérés plus haut. Il était de parents sains et vigoureux. Le bromure de potassium, à la dose de 2 grammes par jour, éteignit ce que je considérai comme une excitation des méninges. Depuis, j'ai soumis l'enfant à l'usage de 0,25 centigr. d'iodure de potassium pendant six mois de suite. Après un repos de même durée, je fais reprendre ce médicament. Le jeune B... a aujourd'hui douze ans et n'a plus présenté cet appareil alarmant qui effrayait autant ses parents que moi-même.

2° Mlle St-G..., âgée de quatre ans, trois ans de suite m'a présenté ce même état, compliqué de bronchite simple. Ces deux ordres de symptômes réunis me faisaient craindre un envahissement tuberculeux et des méninges et des poumons. Chaque fois, la maladie a tourné court, sauf à la troisième reprise. A cette époque, en effet, Mlle St-G... fut prise de

broncho-pneumonie droite dont elle triompha péniblement, après un traitement énergique par les émeto-cathartiques et une série de vésicatoires. La mère de cet enfant, depuis cette époque, lui administre tous les matins 0,20 centigr. d'iodure de potassium dans son café au lait. La santé générale s'est relevée et, depuis, cette menace du côté des méninges ne s'est plus renouvelée. Voilà bientôt quatre ans.

Le père de cet enfant est un névrosique dont la jeunesse a été très-orageuse. Il est souvent atteint de pharyngisme, pendant la nuit, de spasmes divers, pour lesquels je lui ai conseillé avec succès et les douches et le bromure de potassium.

La mère est petite, voûtée, strumeuse, mal portante et a nourri cette enfant.

3° Mlle M..., âgée de quatre ans, deux fois m'a présenté l'état précité. Comme dans le premier cas mentionné plus haut, les accidents cessèrent et l'enfant revint à la santé. La deuxième fois, la scène morbide dura sept jours, présenta trois accès très-franchement convulsifs, et se clôtura par une pleurésie droite occupant toute la partie postérieure et latérale de la poitrine, caractérisée par un épanchement léger, bientôt résorbé, mais ayant laissé des fausses membranes épaisses. A l'heure actuelle, on peut encore en constater la présence. La respiration s'entend bien. La matité est encore considérable. Le père de cette enfant est maigre, gastralgique, ne peut supporter le vin. Il est très-impressionnable. La mère est lymphatique, colorée, bien portante. Il n'y a jamais eu de phthisiques dans les deux lignées ascendantes. Depuis, l'enfant prend tous les matins 0,20 centigr. d'iodure de potassium. La santé générale est excellente. Voilà bientôt un an, seulement, que j'ai eu occasion d'observer Mlle M...; il manque donc à cette observation la sanction du temps. Il est acquis cependant que la santé générale est plus florissante qu'avant, ce qui constitue la meilleure condition pour parer aux retours de ces états considérés, avec raison, comme une menace constante.

4° Mlle P. L..., aujourd'hui âgée de vingt ans, a présenté par trois fois cet appareil symptomatique, depuis sept jusqu'à douze ans. Observée et soignée par un médecin distingué, le Dr Lachaud qui veut bien me communiquer cette observation, elle lui produisit la même impression que j'éprouvais devant les cas que je viens de décrire. Il considérait que ces états étaient des poussées qu'un pas de plus pouvait transformer en méningites tuberculeuses irrémédiables. L'iodure fut aussi employé.

Cette demoiselle vient de parents sains. Je dois cependant signaler l'état nerveux de la mère, femme inégale, dont le jugement laisse un peu à désirer. Aujourd'hui la malade est grande, rose et d'une impressionnabilité excessive. Elle pleure pour un rien, sanglote spasmodiquement à l'arrivée d'un parent ou d'un ami, et présente un état nerveux de nature hystérique.

Dans les trois premiers cas précités, les mamans et moi-même avions administré sans succès des pastilles de santonine, pour dégager une inconnue, et n'avoir rien à nous reprocher ou à nous entendre reprocher.

CHAPITRE V

Observation

Sommaire : Meningite traumatique; traitement révulsif énergique, guérison; perte de la vue consécutive; retour de la méningite avec épanchement; abolition des facultés intellectuelles pendant cinq mois. — Traitement par l'iodure de potassium. — Guérison.

Le 26 août 1873, Mlle M..., âgée de huit ans, en jouant avec ses compagnes, tombe dans une cave, la tête la première. Du sol de la rue, la profondeur de la cave mesure environ 1m30. Étourdie un moment, l'enfant reprend ses sens et ses jeux, et cache le fait à sa famille, pour éviter tout reproche. Quelques jours après, elle est prise de céphalée intense qui ne la quitte plus; puis surviennent, avec une altération profonde de l'humeur journalière et des changements brusques de la coloration du visage, des nausées, des vomissements, des convulsions, du strabisme et le coma. Le pouls, ralenti d'abord, devient fréquent et irrégulier. La cause est bientôt divulguée à la famille, et M. le Dr L. Dubreuilh diagnostique une méningite traumatique, qu'il soigne énergiquement et avec succès. Quelques sangsues aux oreilles, le calomel et l'application réitérée sur le cuir chevelu, préalablement rasé, de pommade d'Autenrieth furent les agents du traitement. Après un mois de période d'état et une convalescence longue, la petite malade revint à la santé, reprit sa gaieté, son intelligence. Cependant, la vision laissait quelque chose à désirer; il y avait des obnubilations fréquentes de la vue. L'enfant se plaignait de voir des mouches, des étincelles mobiles, du brouillard. Une partie des objets était seulement visible. Ces troubles s'accentuèrent tellement que M. le Dr Guépin fut consulté et constata une altération déjà profonde de la nutrition de la rétine, des ecchymoses sous-choroïdiennes et des points d'atrophie des papilles. Malgré les bons soins de notre savant ami, la vue ne continua pas moins d'aller en s'affaiblissant, et, au mois de décembre 1875, la petite M... était complètement aveugle et présentait du nystagmus oscillatoire.

Je fus appelé à cette époque. Les symptômes cérébraux étaient revenus. Le pouls était irrégulier et ralenti, la respiration suspirieuse. Avant mon arrivée et quelques jours après, il y avait eu des convulsions, du strabisme, des nausées et des vomissements, et l'enfant se plaignait de mal à la tête, passait par des alternatives de délire avec agitation et de profond coma. Bientôt tous les sens s'éteignirent et la petite malade demeura sans communication avec le monde extérieur. Le mouvement et la sensibilité paraissaient abolis. Cependant, les piqûres et les pincements énergiques

provoquaient quelques légers mouvements. Il y avait parésie plus marquée, aux membres inférieurs qu'aux supérieurs. En somme, on ne pouvait pas dire que les mouvements d'ordre reflexe fussent complètement abolis. La jambe droite resta demi-fléchie, en contracture, pendant une quinzaine de jours. Vers le milieu du mois de janvier 1876, la torpeur était devenue plus profonde; l'enfant déféquait et urinait sans en avoir conscience et s'amaigrissait rapidement. Cependant, avec une ingéniosité toute maternelle, Mme M... nourrissait son enfant. Elle écartait ses dents souvent resserrées par le trismus et, par cuillerées, lui administrait du bouillon, du jus de viande, etc., etc.; elle lui maintenait ainsi un minimum de mouvement nutritif. Le pouls restait en moyenne à 95 et gardait sa régularité. Il y avait cependant une perception confuse des faits extérieurs. Ainsi, l'enfant, quand la mère lui avait écarté les dents et fait avaler une cuillerée de bouillon, après le premier mouvement de déglutition toujours difficile, paraissait attendre, la bouche ouverte, une deuxième cuillerée. Si cette deuxième cuillerée n'arrivait pas, la bouche se fermait d'elle-même et la malade poussait un gémissement jusqu'à nouvelle excitation de la part de sa mère. Je diagnostiquai un épanchement méningitique lentement développé avec compression cérébrale. Très-inquiet de cet état, et d'ailleurs en lutte ouverte avec la mère qui désirait la mise en œuvre du premier traitement énergiquement révulsif appliqué avec succès par M. le Dr Dubreuilh, je demandai une consultation. Depuis le début de cet état, décembre 1875, j'avais prescrit 0,40 centig. d'iodure de potassium par jour et je purgeais l'enfant une fois par semaine. Mon savant confrère, M. le professeur H. Gintrac, appelé, porta un pronostic très-grave et me conseilla cependant de persister, jugeant qu'il était inutile, vu l'apparence insidieuse et sous-aiguë de l'appareil symptomatique, de recourir au premier traitement.

La lenteur de la maladie ouvrait peut-être une porte à l'espérance, mais présentait aussi le danger d'une atrophie définitive du cerveau.

La petite malade resta plongée dans un sommeil profond jusqu'en mai 1876. Elle n'en sortait qu'aux heures des repas et la mimique de son visage et l'expression de ses gémissements témoignaient de la perception des besoins d'alimentation. Peu à peu les excitations furent mieux perçues. La parésie des membres inférieurs diminuait. Les sensations internes de faim et de soif se traduisaient mieux par des grimaces plus accusées, des gémissements et des petits cris, surtout quand le repas était retardé. Enfin, un jour, l'enfant, brusquement, à haute et intelligible voix, cria : Maman! En juin, des actes psychiques s'accomplissent; l'enfant exprime quelques idées. A la fin du mois de juin, avec le retour de la sensibilité cutanée des membres inférieurs, une nutrition plus parfaite, puisqu'il y avait un certain degré d'engraissement, l'enfant fait un acte qui marque le réveil de l'intelligence et que je tiens à relater. Quelques jours avant la récidive de son mal, l'enfant aveugle s'amusait avec un jeu de quilles et étourdissait sa mère en choquant ses jouets les uns contre les autres. La mère impatientée prend les quilles et les lance sur une armoire. Au

moment où nous sommes, à la reprise des fonctions cérérales, l'enfant demanda son jeu de quilles; mais la mère oubliant ce qu'elle en avait fait ne put le retrouver que sur les indications précises de la malade, qui lui rappela non-seulement où elles étaient, mais encore à quelle occasion elles avaient été lancécs sur l'armoire.

Ce fait prouvait bien le retour de la mémoire, la coordination de plusieurs idées et le libre exercice de la parole. Ce sommeil des facultés supérieures prolongé pendant cinq mois, n'avait pas altéré le fonctionnement cérébral. En général, cependant, la longue compression du cerveau finit par éteindre les facultés de cet organe en amenant l'atrophie par dénutrition de ses éléments essentiels. A partir de ce moment, l'enfant redevient ce qu'elle était autrefois, vive, enjouée, intelligente; elle reprend ses chansons, ses fables, reconnaît tout son monde, tient tête à ses camarades qui la visitent et a repris l'usage de tous ses muscles.

Je revois cette intéressante enfant de temps à autre, elle est toujours aveugle et toujours très-intelligente; au printemps 1877 elle a été réglée, et, depuis, sa santé physique et morale est parfaite.

Aujourd'hui elle va entrer aux Quinze-Vingt.

Le nystagmus est encore plus prononcé, et je réserve la question de savoir s'il est l'indice d'une sclérose profonde cérébrale ou la suite de la lésion primitive de l'œil.

En septembre 1878, cette enfant est dans un parfait état de santé.

J'attribue la guérison à l'usage continu des 0,40 centig. d'iodure de potassium par jour pendant cinq mois. On pourra penser que l'adage de l'école, *post hoc, ergo propter hoc,* est souvent trompeur, surtout en médecine, et que cette malade eût pu guérir, livrée aux seules forces de la nature. Le scepticisme peut ainsi avoir raison de tout; mais je fais remarquer qu'il n'est pas un médecin qui n'eût, en présence des symptômes énumérés plus haut et de la durée de la maladie, annoncé ou la mort ou l'imbécillité. J'accorde donc de l'importance au traitement par l'iodure de potassium, m'inquiétant peu d'ailleurs du mécanisme de son action, voilà pourquoi je rapproche ces deux observations, engageant mes confrères à essayer même traitement dans leur pratique et me promettant à moi-même, le cas échéant, de recommencer. Le point qui me paraît digne d'attention est surtout la continuité dans le traitement. Pour atteindre dans les affections chroniques, d'une façon durable, les actes intimes de la nutrition et leur imprimer des modifications

heureuses pour les malades, il faut avoir le courage de l'opiniâtreté.

Il a fallu dix-huit mois, dans la troisième observation du chapitre consacré au rhumatisme viscéral, pour résoudre les néoplasies probablement rhumatismales des reins de Mme B.... Ici cinq mois ont été nécessaires pour dissiper un épanchement intra-méningien.

Ces deux exemples sont de nature à encourager, et dans l'application et dans la durée d'application de ce médicament. Enfin, je signale, comme curiosité thérapeutique, l'absence des éruptions habituelles de l'iodure chez ces deux malades. Il va sans dire qu'il me paraît nécessaire de rester dans les doses modérées, sous peine d'amener l'intolérance.

La première enfance des néoplasies rhumatismales, fixées au cœur, à la plèvre, aux reins, aux articulations, est peut-être justiciable de cet agent dissolvant. Il est, je pense, utile de l'essayer de bonne heure. Je me propose, à nouveau, de contrôler ce fait.

Observation I.

Sommaire : Eruptions psoriasiques, leur disparition. — Maladie du cœur, retrécissement aortique sans cause connue. — Affection herpétique du cuir chevelu intercurrente, notable amélioration de la lésion cardiaque.

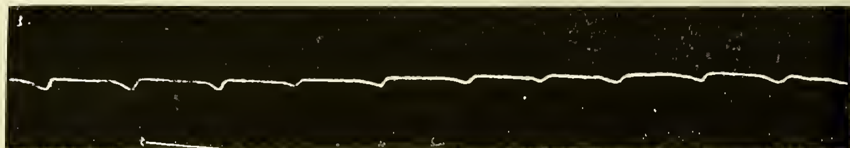
Mlle H. G..., âgée de huit ans, fille d'un père mort phthisique et d'une mère très-bien portante, encore vivante, suspecte d'herpétisme, est soumise à mon examen dans les derniers jours d'octobre 1877. L'enfant, très-intelligente, se plaint de dyspnée, d'anhélation facile au moindre exercice et de battements de cœur très-énergiques. Sa santé générale est excellente, le visage est rose, l'œil brillant, l'appétit excellent, la musculature et l'ossature en bon état. A deux ans et demi, Mlle G. H... me fut présentée par sa mère. Toute la surface du corps était parsemée de taches de psoriasis excitant de la démangeaison.

A cette occasion, je prescrivis le sirop de Portal légèrement ioduré et

deux gouttes par jour de liqueur de Fowler. Après quelques mois de ce traitement, tout disparut, et la peau revint *ad integrum*. Je n'étais pas sans inquiétude sur cette guérison un peu rapide. J'apprends, au moment actuel, qu'elle n'a jamais eu de rhumatismes, que les pieds n'ont jamais été enflés. La mère fait remonter l'état présent à huit ou dix mois et a été très-frappée d'entendre à petite distance le bruit du cœur de sa fille, avec laquelle elle couche d'habitude.

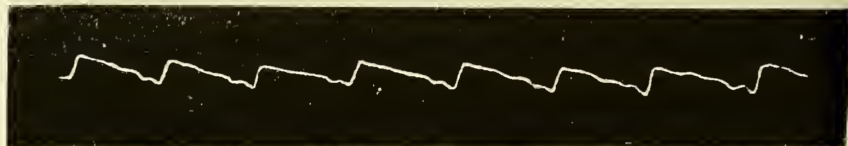
Depuis longtemps, l'enfant ne peut s'amuser avec ses compagnes de pension et ne peut crier, sans être sujette à de vives oppressions respiratoires. A l'auscultation, je trouve un souffle intense, râpeux, au premier bruit, à la base et un peu à droite. Les systoles sont puissantes et frappent la paroi précordiale avec force. Le cœur est augmenté de volume. Il semble qu'il y ait lutte et que le cœur combatte la difficulté de sortie de son ondée sanguine. Je rejette, sur l'état général, vu les symptômes locaux, l'idée d'un souffle anémique et diagnostique un rétrécissement aortique d'origine inconnue et un commencement d'hypertrophie du cœur en période de compensation. D'ailleurs, à l'appui de cette manière de voir, je trouve le pouls petit, fréquent, sans hauteur, battant cent quinze fois à la minute. La faiblesse du pouls est tout à fait disproportionnée avec l'énergie du cœur. Je prends le tracé du pouls le 14 novembre 1877. (Voir fig. I.)

Fig. I.



Pour bien saisir les différences, il n'y a qu'à examiner la figure II qui donne le tracé normal d'un enfant de même âge.

Fig. II.



Il est facile de voir (fig. I) la formation d'un long plateau au lieu de sommet, et surtout l'absence de la pointe aiguë terminale de l'ascension et des oscillations du dicrotisme de la descente, si bien marqués chez les enfants.

Traitement : 0,25 centig. d'iodure de potassium, tous les jours, au repas de midi; 0,10 centig. d'extrait de digitale, sous forme de deux pilules argentées, données en dehors de la digestion.

L'iodure de potassium était administré dans le but d'atteindre des dépôts néoplasiques inconnus dans leur essence et qui pouvaient rétrécir

l'orifice artériel ou gêner le jeu des valvules; la digitale, pour fortifier le cœur et l'aider dans sa lutte de compensation et en même temps pour diminuer sa fréquence et faciliter, par là, la respiration. Le 20 novembre, je reprends le pouls dont voici le tracé (fig. III).



Fig. III.

Je ne remarque aucune différence.

Je laisse, jusqu'au 8 janvier 1878, opérer le traitement prescrit, et le tracé à cette époque change un peu. (Voir la figure IV.)

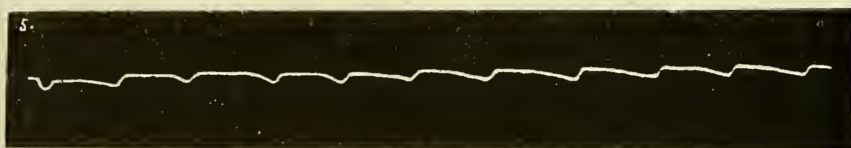


Fig. IV.

Je remarque un peu plus d'élévation, moins d'horizontalité dans le plateau, mais le pouls n'est pas régulier.

Le 11 février 1878, le tracé change de physionomie (fig. V).

La pointe commence à se former, le dicrotisme de la descente s'accentue, et le pouls se rapproche du pouls normal.

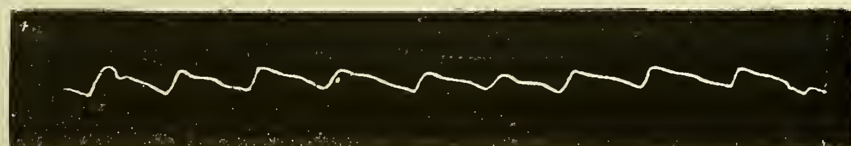


Fig. V.

La sortie du cœur est moins gênée, le souffle est devenu doux et l'enfant est capable d'un peu d'exercice.

Comme il est naturel, je me félicitais déjà de ce traitement, lui attribuant exclusivement l'amélioration marquée, mais je dus compter avec un autre facteur.

Le 11 février, au moment même de la constatation sphygmographique du tracé nº 5, mes yeux se portèrent sur la tête de l'enfant. J'aperçus une couche épaisse de pellicules épidermiques entassées les unes sur les autres et particulièrement abondantes aux régions temporo-pariétales. Cette formation s'accompagnait de démangeaisons assez vives, quoique le cuir chevelu sous-jacent ne parût pas rouge ou même rose. La mère avait remarqué ce fait et oubliait de m'en parler; il remontait à un mois environ et me parut coïncider avec l'amélioration de l'état du cœur et de

la respiration. J'attire sur ce point l'attention de mes confrères. Il est en effet remarquable, de voir, à cet âge, des lésions des orifices cardiaques en dehors de l'influence du rhumatisme; ensuite, quand il est impossible de rattacher ces lésions au vice rhumatismal, il n'y a guère que la goutte, la syphylis, les scrofules ou le vice herpétique qui puissent être mis en question. Si je consulte ici les antécédents morbides des ascendants, j'exclus la goutte, la syphylis, les scrofules et je reste seulememt en présence de l'herpétisme dont la mère présente de temps à autre quelques manifestations, soit au cuir chevelu, soit à la peau du visage. D'ou vient l'amélioration? Faut-il l'attribuer à l'iodure qui aurait facilité la résorption des formations nouvelles de l'aorte et déterminé une poussée au cuir chevelu? ou bien en rendre responsable une fixation d'abord aortique qui, plus tard, aurait émigré — avec ou sans le traitement — sur le cuir chevelu, sorte de métastase de nature herpétique, dont les déplacements sont inconnus et dans leurs modalités et dans leurs causes?

Comme j'ignore la part du traitement dans ce phénomène, je compte bien, en pareille occurence, y revenir.

En terminant, je souligne la succession des faits : à deux ans et demi, manifestations psoriàsiques abondantes et disparition de ces accidents; à sept ans, affection cardiaque; à huit ans, amélioration sensible de l'état du cœur, pour ne pas dire guérison et apparition de pityriasis abondant du cuir chevelu.

Aujourd'hui, mars 1878, Mlle H. G... est retournée en pension, peut jouer, courir, crier sans essoufflement. Le pouls est moins rapide et plus haut. Je respecte le pityriasis du cuir chevelu, et j'attends.

On remarquera dans la figure V le tracé qui tend à figurer des sommets aigus, des essais de dicrotisme et une plus grande hauteur d'ascension surtout dans les premières pulsations. Les dernières pulsations sont moins hautes. Évidemment il serait téméraire d'affirmer la guérison complète, mais une très-grande amélioration ne fait pas doute. Reste à savoir si j'ai eu affaire, à une simple coïncidence, à une substitution métastatique et quelle est la part que peut revendiquer le traitement. Ceci est un contrôle que je demande à mes confrères. J'ajoute qu'il est impossible de n'accorder pas d'attention aux caractères particuliers des tracés du pouls de cet enfant de huit ans; si la présence d'un plateau à un âge si tendre peut être compatible avec une moyenne santé, il n'en est pas moins vrai que ce caractère dénote une altération importante du débit du sang.

Ce n'est pas la première fois que le cœur ou le péricarde ont été

atteints et chez un enfant, après disparition d'une affection cutanée. Stokes [1] en cite un cas que je me fais un devoir de relater *in extenso :*

Observation. — Péricardite sèche, aiguë, survenant à la suite d'une affection cutanée; apparition du bruit de cuir neuf quelque temps avant la mort (nécropsie).

Un jeune garçon de cinq ans avait été guéri d'une maladie cutanée, de nature indéterminée. Quelques jours après, il tomba malade et présenta les symptômes d'une fièvre inflammatoire; il se plaignait de la soif; des vomissements revenaient de temps à autre; il y avait une toux brève, la respiration était précipitée avec orthopnée; le côté gauche de l'abdomen était sensible au toucher, et le malade accusait une douleur qu'il rapportait au ventre. Lorsque je le vois pour la première fois, il était assis dans son lit, ses jambes relevées; sa respiration était haute, précipitée et difficile. Les lèvres étaient livides, la face œdémateuse et les veines jugulaires distendues; pouls à 130, petit, bondissant, mais régulier. Le choc du cœur était violent; il communiquait à la main une sensation très-distincte de frottement; un bruit de frottement très-fort accompagnait les deux bruits du cœur, il s'entendait à droite du sternum, sous les clavicules et le long du rachis, mais, dans ces deux dernières régions, il n'était pas si rude et se rapprochait d'un bruit de souffle. A la percussion, la matité cardiaque avait une étendue insolite; le murmure respiratoire était partout puéril; il était pur, à l'exception de quelques râles bronchiques légers et fugaces. Le malade mourut le troisième jour de son séjour à l'hôpital. La veille, les veines jugulaires présentèrent des pulsations évidentes; la sensibilité abdominale avait beaucoup augmenté et le *bruit de frottement avait pris le caractère du « bruit de cuir neuf » de Collin.*

Nécropsie. — Le cœur était hypertrophié d'une manière générale, le péricarde couvert d'une couche épaisse et réticulée d'une lymphe rougeâtre; il n'y avait ni adhérences, ni liquide dans le sac. Les valvules mitrales et aortiques étaient légèrement épaisses, un peu opaques, mais saines On ne peut examiner les autres organes.

[1] William Stokes, *Traité des maladies du cœur et de l'aorte.* Traduction Sénac, 1864, page 61, PÉRICARDITE.

Observation II.

SOMMAIRE : État général herpétique, détermination cutanée eczémateuse, sa disparition. — Ramollissement du cervelet et du bulbe ; nécropsie. — Herpétisme chez les enfants et les petits-enfants.

Mme Vve M..., âgée de soixante et un ans, a eu dans son enfance et à l'âge adulte, des éruptions et des pellicules à la tête, accompagnées de démangeaisons. Il y a une quinzaine d'années, elle fut couverte sur tout le côté droit de la face jusqu'au cou, d'un eczéma humide d'abord, qui, plus tard, prit une apparence sèche et squammeuse. D'après l'estimation des enfants de Mme M..., cette éruption dura six à sept mois, causa beaucoup de tourments et de prurit et ne put disparaître qu'après l'emploi de moyens très-variés, dont j'ignore le détail. Je n'ai pu savoir si Mme M... avait présenté des éruptions de même nature, sur d'autres parties du corps. Cette obscurité des précédents morbides s'explique : Mme M..., n'ayant que des garçons, ne leur confiait probablement pas l'existence de ses éruptions cachées comme elle eût pu le faire à une fille. C'est quatre ou cinq années après la guérison de l'eczéma, que Mme M... me fit appeler. Ignorant son passé, je ne m'occupai que du mal présent et des symptômes graves qu'elle présentait à mon observation. Ce n'est que par un interrogatoire sommaire, que je sus qu'elle avait eu quelques éruptions sèches et pelliculaires sur le cuir chevelu et deux furoncles anthracoïdes ; inconsciemment, elle me cacha le fait de son eczéma, sur lequel ses enfants, plus tard, après sa mort, me donnèrent les renseignements sus-mentionnés. Mme Vve M... était fermière des chaises à la cathédrale. Depuis quelques jours, elle était en proie à des sensations étranges qui la troublaient profondément. Elle ressentait une sorte d'étourdissement cérébral ; sa marche manquait de précision ; elle était assaillie de vertiges fréquents. Bientôt aux vertiges se joignirent des nausées, des bourdonnements d'oreille. Une grande quantité de salive affluait à sa bouche et coïncidait avec des langueurs d'estomac.

Elle se plaignait de migraine, siégeant surtout sur la partie postérieure du crâne. Après un mois de cet état, elle dut cesser ses fonctions, qui demandaient un grand déploiement d'attention et d'activité. Bientôt les premiers symptômes s'aggravèrent. La céphalée était permanente. La vue commença à présenter de graves altérations. Elle voyait mal ; des nuages, des mouches, des étincelles, encombraient le champ de sa vision. Une partie des objets, souvent, était seule visible. Enfin le goût et l'odorat furent atteints ; elle ne percevait plus les saveurs et les odeurs. Elle se refusait au moindre mouvement, car elle éprouvait à la moindre tentative de locomotion, la sensation du mal de mer, nausées, vertiges, vomis-

sements, puis elle tombait en tournant. Je n'ai pu vérifier moi-même le côté de sa chute gyratoire, qui, au dire de ses enfants, avait lieu indifféremment des deux côtés. La face était animée et le pouls avait des irrégularités. Le plus souvent il était ralenti, surtout aux périodes des vertiges, des nausées et des vomissements. Il était accéléré et franchement fébrile quand dominaient la céphalée et la rougeur de la face. Mon embarras était extrême. J'avertis la famille de la gravité de la situation. De l'incoordination des mouvements, des chutes gyratoires, des inégalités du pouls, de l'altération des sens, je déduisais l'existence d'une lésion du cervelet, du bulbe et probablement de la partie supérieure de la moëlle, mais en faisant de sages réserves sur la nature et l'origine de l'affection. Toute la médication employée resta infructueuse. Le bromure de potassium amenait un calme relatif. Les opiacés et la belladone ne produisaient aucun effet. Un vésicatoire à la nuque ne ralentit en rien le processus morbide. D'ailleurs la rapidité de la marche du mal ne me laissa guère le temps de varier beaucoup les moyens thérapeutiques. En effet, les nausées, les vomissements, les hallucinations de la vue, de l'ouïe, la dénutrition, amenèrent rapidement une dégradation organique considérable.

Vers la fin, les muscles respirateurs s'étant paralysés graduellement, la malade fut emportée dans une asphyxie lente, après avoir présenté à une ou deux reprises tous les symptômes d'une congestion cérébrale.

Ce qui, dans la période moyenne de la maladie, attira mon attention, fut la constance de la perversion de l'ouïe et de la vue. Des visions fantastiques, terribles ou grotesques, des bruits formidables, troublaient l'esprit de la malade.

En proie à ces sensations d'origine interne, elle pleurait, criait, se lamentait, et sa figure passait par toutes les expressions de la terreur. Avant la paralysie des muscles thoraciques, elle était aveugle et sourde.

En tout la maladie dura trois mois, sans avoir présenté quelque remittence.

Nécropsie. — J'obtins avec peine l'autorisation de la famille, et cette nécropsie fut pratiquée avec hâte, un peu avant l'enterrement et dans des conditions d'espace et de temps des plus gênantes. Mes savants confrères les docteurs Oré, et Reimonencq et un interne de l'hôpital Saint-André dont j'ai oublié le nom, me prêtèrent leur précieux concours. Le Dr Oré, avec une grande habileté, enleva le cerveau, le cervelet et le bulbe. Nos recherches ne purent aller plus loin. Le cerveau jusqu'à l'origine de ses pédoncules était intact, sans foyers hémorrhagiques et sans altération de consistance. Tout le cervelet, tout le bulbe étaient transformés en une substance molle, d'un gris rosé, translucide, enfermée dans une couche superficielle moins ramollie. Au centre du cervelet, il y avait un tel ramollissement, que ce n'était plus qu'un liquide gélatiniforme gris et comme gommeux. Il n'y avait pas le moindre foyer sanguin. Cette transformation atteignait aussi la sortie des pédoncules cérébraux, la partie supérieure de la moëlle, et, dans cette désorganisation, il était impossible de suivre la configuration des parties. L'aqueduc de Sylvius n'existait plus.

A l'œil, nous ne vîmes pas de pus. Pressés par le temps, nous bornâmes là l'examen nécroscopique, sans pouvoir emporter les parties pour les examiner plus à loisir.

Depuis, j'ai continué à donner des soins à cette famille. Le père était déjà mort du choléra. Des trois fils, deux sont herpétiques. L'aîné, qui ne paraît pas herpétique, est un cerveau mal équilibré, sans idées suivies, sans conduite et sans jugement; d'ailleurs, le désespoir de la famille.

Le second est atteint de blépharite ciliaire habituelle et d'orgelets fréquents. Le troisième porte toujours une ou deux plaques d'eczéma au creux du jarret ou à la naissance du mollet.

Il a eu, étant plus jeune, des éruptions des conduits auditifs externes et des angines herpétiques, qui l'ont conduit à la surdité presque complète d'un côté. Tous les deux ont présenté et présentent encore des desquammations pelliculaires et prurigineuses du cuir chevelu. Le second seul a des enfants déjà herpétiques, et chez lesquels les éruptions communes à l'enfance, plus fréquentes chez eux, revêtent un caractère d'extrême opiniâtreté. En ce moment (1878), leur père reçoit mes soins pour une large plaque d'eczéma à la jambe droite. L'année dernière, je l'ai envoyé à la Bourboule, qui a diminué et la surdité et la fréquence des poussées éruptives.

Voilà bientôt dix-sept ans que je suis d'un œil attentif cette famille et ses tendances morbides.

Je résume ce fait : mère herpétique morte d'une lésion du système nerveux central à marche rapide, après disparition d'une éruption eczémateuse du cou et de la face et probablement d'éruptions plus récentes sur d'autres parties du corps; enfants herpétiques; petits-enfants herpétiques; le seul qui ne soit pas herpétique présente une tare du côté du système cérébral.

C'est toujours chose grave d'affirmer qu'une lésion interne, profonde, d'un organe essentiel, tient à l'effacement plus ou moins brusque, plus ou moins ancien d'une éruption habituelle. Aussi

n'est-ce qu'avec réserve que je cite ce cas et que j'établis la relation de causalité que je soupçonne.

En cherchant bien, on trouverait dans la science des faits semblables; il y a mieux, on pourrait se plaindre de la facilité avec laquelle ces relations de cause à effet étaient autrefois admises.

Nous savons bien que l'excrétion sudorale habituelle de la plante des pieds, des mains ou de toute autre partie ne peut être supprimée, surtout soudainement, sans quelque danger [1]. Mais il est impossible de comparer la génèse de ces différents faits, leur mode d'évolution, il faut se contenter de signaler leurs lointaines analogies. Il est prudent de ne pas généraliser sur des faits isolés. Ici, que la lésion si grave, cause efficiente de la mort, soit le résultat d'une rétrocession d'éruptions habituelles, du génie herpétique évoluant dans l'organisme de ma malade et produisant, à son heure, les désordres précités et sans autre relation avec les éruptions antérieures qu'une commune origine; il y a là, non-seulement un fait curieux, mais encore et surtout une raison déterminante d'observation plus attentive des modifications que présente la santé des herpétiques. Il faudrait rechercher si, plus que les autres, les herpétiques présentent des affections cérébrales ou cérébro-spinales. Si le fait que j'observe, devenu plus fréquent, autorisait les médecins à croire à la puissance de l'herpétis dans la production des désordres profonds précités, n'y aurait-il pas lieu de changer de fond en comble la thérapeutique usuelle et de respecter, plutôt que de guérir, ces localisations cutanées qui font le tourment des malades?

Si, au contraire, il n'y a aucun rapport entre le ramollissement constaté et les éruptions antérieures, le mystère alors devient plus impénétrable. A un crépuscule mi-éclairé, succède une complète

[1] Il me souvient d'un de mes camarades de collége qui, s'étant emparé d'un flacon de collodion, s'en servit pour vernir et sécher la plante de ses pieds ordinairement très-humides de sueur. Il en devint très-malade et, presque aussitôt, une fièvre intense, un délire aigu et bruyant s'emparèrent de lui. Le cas paraissait très-grave. Ce ne fut que sur la divulgation de l'onction collodionnée que le médecin rappela la sueur supprimée et que le malade guérit comme par enchantement.

obscurité. Il doit y avoir, sinon toute, au moins une partie de vérité dans l'herpétis profond succédant à l'herpétis superficiel. Cette opinion ne peut déplaire à ceux, et c'est aujourd'hui le grand nombre, qui croient aux manifestations internes du vice goutteux, rhumatismal, scrofuleux, etc., etc. Enfin, l'organisme est un, la santé est une, et lorsqu'une tendance morbide en domine l'ensemble, il est difficile d'abstraire cette cause permanente d'action dans l'évaluation d'origine ou de nature des phénomènes morbides nouveaux de quelque importance.

CHAPITRE VII

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ANGINES DE POITRINE.

Observation I.

SOMMAIRE. : Variété d'*angor pectoris* d'origine arthritique ou herpétique. — État chronique. — Influence de l'électricité, des eaux de Lamalou sur les accès. — Traitements divers. — Nature de la maladie.

M. B... est un homme de cinquante-neuf ans, grand, brun, très-robuste, de race israélite. Son passé morbide se borne à un eczéma du creux poplité, qui a duré cinq à six mois et que les eaux de Luchon ont guéri; à deux attaques de coliques néphrétiques, il y a quinze ou vingt ans; à des hémorrhoïdes internes volumineuses, habituelles, fluant de loin en loin et gênant la défécation; enfin à quelques douleurs rhumatoïdes, sans durée et sans acuité. Il n'a jamais eu la syphylis. Son régime de vie n'a pas toujours été très-régulier. Pendant de longues années, il avait l'habitude de veiller jusqu'à trois et quatre heures du matin, dans l'air confiné, enfumé et chaud de son Cercle.

Il profitait des loisirs rares de sa profession pour chasser. En dehors de cet exercice, l'ensemble de sa vie était très-sédentaire. Avec cela, bon mangeur. Son père et sa mère étaient bien portants. Sa mère vit encore, pleine de santé. Dans une ligne collatérale, il y a eu des herpétiques; son oncle était herpétique, et le fils de ce dernier l'est aussi; en remontant dans la famille, je n'ai pu obtenir de renseignements plus précis.

Vers la fin de 1875, M. B... eut des vertiges nombreux, suivis et accompagnés de malaise, d'inappétence et de langueurs stomacales. L'état général, à ce moment, était très-mauvais, la face pâle. Ces symptômes me parurent appartenir au vertige stomacal. Quelques légers purgatifs, des toniques, un séjour au bord du bassin d'Arcachon, l'éloignement des affaires le remirent complètement. J'assistais à ce prélude, sans avoir la direction de la santé de M. B... Une année, environ, s'écoula sans présenter rien de remarquable en dehors de l'état général, qui, par degré, s'altérait.

Au printemps de 1876, M. B... est pris d'accès à invasion brusque, caractérisés par des douleurs très-aiguës frappant d'abord le poignet gauche et s'étendant rapidement à l'épaule gauche, à la région précordiale et à la base de la poitrine, aux attaches antérieures et gauches du diaphragme. Chaque accès, au début de la maladie, s'annonçait par un *aura,* au poignet gauche, un sentiment de constriction du poignet ouvrait la marche,

et tous les autres points signalé se prenaient instantanément. L'accès durait cinq à six minutes.

Quand M. B... sentait venir l'accès, instinctivement, il saisissait son poignet gauche l'appuyait fortement sur la région précordiale, courbait son buste à gauche et poussait des cris plus ou moins aigus. Le malade accusait à la paume de la main gauche, en dehors des accès, une sensation difficile à définir, ni hyperesthésie, ni analgésie, perversion plutôt de la sensibilité tactile. Il lui semblait qu'un corps gluant desséché dans sa main voilait les impressions tactiles. Plus tard, le caractère des accès se modifia, le début devint plus brusque, la durée plus longue et la répétition plus fréquente.

La fatigue, en général, provoquait les accès; mais les deux causes les plus évidentes, bien constatées, étaient la marche, l'ascension des escaliers et la digestion du repas du soir. Peu à peu les accès se rapprochaient, jusqu'à être quotidiens et venir régulièrement le soir, après le repas.

Avant d'aller plus loin dans cette histoire, il est nécessaire de dire, qu'antérieurement aux accès, le 3 septembre 1875, j'avais eu l'occasion de rencontrer M. B..., qui, me voyant muni de mon sphygmographe, voulut par curiosité voir fonctionner cet instrument. Pour lui être agréable et ne prévoyant pas que cela pût m'être utile, je pris le tracé de son pouls (voir fig. I) que j'ai précieusement conservé.



On voit, à première inspection, qu'il s'agit là d'un pouls tendu, à pression intra-sanguine considérable, dont le sommet assez aigu et la descente dicrotique révèlent, à la fois, chez un homme de cinquante-cinq ans une souplesse suffisante du système artériel et un excès de pression. J'assistai à un assez grand nombre d'accès. Je pus m'assurer que la respiration et la circulation conservaient leurs caractères normaux. Le pouls changeait peu. Il battait 70, quelquefois 80 fois à la minute, comme à l'état normal. Le facies du malade exprimait de la douleur; ses traits étaient crispés, mais il n'y avait pas le sentiment d'étouffement, de suffocation imminente, ni l'angoisse inexprimable de l'*angor pectoris*. La douleur tenaillante, déchirante, aux siéges indiqués, dominait seule la scène morbide. Je découvris une douleur obtuse d'ordinaire, mais réveillée par la pression à la nuque, au niveau des premiers vertèbres cervicales, sans rapport d'ailleurs avec le début des accès et plus marquée après les accès.

L'hydrothérapie, l'iodure de potassium, le bromure de potassium furent employés simultanément. Les douches amenaient des crises, je dus les supprimer. L'iodure était administré le matin, à la dose de 0,50 centig., le bromure dans la journée à la dose de trois et de quatre grammes. Par ce

traitement, je poursuivais un triple but : remonter l'état général ; atteindre et dissoudre des néoplasies possibles du système nerveux, de nature goutteuse, rhumatismale ou herpétique fixées à des point indéterminés, soit de la moëlle au renflement cervical, soit des plexus ou des glanglions cardiaques ; enfin sidérer le cerveau et la moëlle et calmer ainsi les douleurs des accès.

Sans pouvoir me rendre un compte exact de la localisation de la lésion, je sentais que l'innervation du cœur était en jeu et cette thérapeutique me paraissait avoir l'avantage, à défaut de précision, de frapper sur la masse de l'ennemi. En outre, habitué à me défier des théories, ne voulant pas trop généraliser, à propos des deux faits particuliers, hémorrhoïdes et coliques néphrétiques, seuls antécédents morbides de M. B..., je dus me résigner à rester sur une prudente réserve à propos de l'origine et de la nature du mal. Je me contentais donc de faire de la médecine de symptômes et m'en tins à l'usage exclusif du bromure de potassium et de l'électricité.

Il s'agissait bien d'*angor pectoris,* mais d'une forme spéciale dans laquelle le cœur assistait impassible aux accès douloureux dont, à première vue, il paraissait le point de départ. En effet, l'auscultation du cœur donnait des résultats négatifs ; il n'y avait pas de bruit de souffle. Les battements étaient profonds, mais distincts.

Le bromure rendait les accès plus rares et moins longs, *l'électricité les faisait avorter*. J'ai moi-même arrêté court cinq ou six attaques. J'appris à la famille à se servir du petit appareil de Gaiffe à courants intermittents, de sorte que son application devenue famillière épargnait un assez grand nombre d'accès à M. B...

L'un des réophores muni d'éponge humide, quel qu'il fût, positif ou négatif, était appliqué à la nuque, l'autre aux points douloureux divers, épaule, poignet, région précordiale, fausses côtes droites, et après deux ou trois minutes d'application, quelquefois plus, l'accès était terminé. J'insiste d'autant plus sur cette particularité, que faute d'électricité, en mon absence, quand la famille ne savait pas user de la machine, des accès ont duré jusqu'à trois quarts d'heure. On voit que leur durée était considérablement réduite par l'électricité et que, sans exagération, je peux employer l'expression arrêter l'accès.

Malgré le bromure et les applications électriques, la moindre fatigue n'en continuait pas moins à provoquer des accès.

Le séjour à la campagne, près de la mer, améliorait temporairement mon malade, qui peu à peu avait diminué son repas du soir. Vers le commencement de novembre 1876, n'osant plus augmenter la dose de bromure, et remarquant le retour et la fixité plus grande de la douleur à la pression sous-occipitale, je témoignai le désir d'appliquer à la nuque un large vésicatoire.

A cette occasion la famille désira une consultation, à laquelle prirent part, le 13 novembre, mes distingués confrères MM. les Drs Denucé et Moussous. Il fut décidé que le bromure serait graduellement, mais rapi-

dement élevé jusqu'à 12 grammes par jour et que le vésicatoire sous-occipital serait appliqué. Ce dernier moyen amena une amélioration notable et a le droit d'en réclamer le bénéfice, car il fut appliqué aussitôt, bien avant que les doses élevées de bromure aient été atteintes. Le bromure a éteint, raccourci et éloigné les accès, mais en plongeant le malade dans une faiblesse musculaire profonde et dans un état intellectuel voisin de l'idiotie. La mémoire existait à peine, la conscience du moi disparaissait souvent. M B... ne pouvait plus signer son nom, écrivait comme un ataxique marche; la moindre contention d'esprit était impossible. Les grands accès douloureux étaient passés, mais un plus grand nombre d'accès plus courts, moins douloureux le tourmentaient encore. La paume de la main droite présentait les mêmes phénomènes de perversion de sensibilité qu'à gauche. Un nouveau symptôme vint s'ajouter aux autres. Dans l'intervalle des accès, ordinairement M. B... ne souffrait pas; dans la nouvelle phase du mal, existait une douleur continue à la région précordiale et sous le rebord des dernières côtes, douleur peu vive, mais constante et que la palpation n'exaspérait pas. En mai 1877, j'avais ramené le bromure à 1 gramme par jour. Je décidai M. B... à entreprendre le voyage de Lamalou et l'adressai à M. le Dr Bélugou.

Un bon mois à cette station améliora mon malade. Ici je copie M. Bélugou lui-même, me rendant compte, par lettre, des soins intelligents qu'il prodigua à M. B... : « Voici le traitement auquel j'ai soumis » M. B... : chaque matin, bain de 20 minutes à la piscine de l'établisse- » ment de Lamalou-le-Bas (36°). — Eau de la Vernière, le matin à » jeun et aux repas, pure ou mélangée au vin. Après le bain, un demi- » verre de la source Cardinal.

» Le lendemain de l'arrivée, crise cardiaque assez intense après une » marche. L'état général est très-mauvais, le teint jaunâtre et terreux, la » mémoire et les facultés intellectuelles lentes, la démarche incertaine.

» Après trois bains, l'appétit est augmenté, les couleurs sont revenues, » la santé générale est meilleure; une légère crise. Après le sixième bain, » pas de nouvelle crise, mais flux de ventre et hémorrhagies hémorrhoï- » dales fortes. Après le huitième bain, pas de crise. Amélioration dans la » marche et physionomie meilleure; mais sensations étranges persistantes » à la paume des mains. Après le douzième bain, pas encore de nouvelles » crises; état général bien meilleur, malgré une indigestion occasionnée » par excès d'alimentation sous l'influence de la surexcitation de l'appétit. » Après le dix-huitième bain, l'amélioration a fait de nouveaux progrès, et » aujourd'hui, après le vingtième bain, M. B... présente un cas de succès » des plus intéressants. Le malade vous racontera qu'il a pu faire d'assez » longues courses à pied, des excursions fatigantes, *sans crise d'aucune* » *espèce et sans menace de crise*. La digestion est parfaite, le teint coloré, la » physionomie vive. La mémoire est plus nette et l'intelligence plus » éveillée. » (30 juin 1877.)

Si nous retranchons de ce rapport sommaire, très-véridique, le mot *succès*, peut-être trop tôt dit, la grande amélioration de M. B... n'est pas

contestable. Les points principaux, l'absence de crises après la marche, la possibilité même de marcher et surtout de prendre le repas du soir, constituaient déjà un immense progrès. Pour des raisons que je n'ai pas à apprécier, M. B... ne voulut pas retourner en septembre à Lamalou et perdit assez vite le bénéfice si merveilleux de sa première cure.

Quelques jours après son retour, il eut un flux hemorrhoïdal considérable comme à Lamalou, suivi d'amélioration de peu de durée.

En consultant mes notes, voici ce que je copie textuellement, le 9 juillet : *M. B... a présenté deux grands accès et beaucoup de petits; il n'a pu arrêter un des grands accès, sa pile n'ayant pas fonctionné. A ses dernières attaques ont succédé des vertiges intenses, avec faiblesse, flageollement des jambes et chute imminente. La nuque, la région sous-occipitale, étaient le siége de sensations douloureuses, modérées, mais augmentées à la pression. La tête est cependant fraîche. J'applique un grand vésicatoire depuis la première ligne occipitale d'insertion des muscles du cou, jusqu'à la vertèbre proéminente. — Ce vésicatoire a produit un excellent effet.*

Les hémorrhagies rectales, le retour à la vie claustrée de la ville ramenèrent et la faiblesse et les attaques douloureuses dont l'ensemble cependant avait perdu en acuité, en violence et en durée.

J'envoyai mon malade à la campagne, au bord de la mer. L'appétit fut réveillé par quelques verrées d'eau de Püllna. Chaque jour il prenait 2 grammes de bromure de potassium.

Un mieux relatif s'établit d'une manière un peu plus durable, mais M. B... n'en jouissait qu'à la condition rigoureuse de ne faire qu'un repas, à midi, d'ailleurs pris d'ordinaire avec un assez vigoureux appétit et d'observer l'immobilité.

Nous étions à la fin de 1877. Quelques vertiges ayant eu lieu avec coïncidence de douleurs sous-occipitales, sachant que la révulsion des vésicatoires avait toujours amené de l'amélioration, je proposai l'application de quelques points de feu à la nuque et à la fin de la région lombaire, siége nouveau de quelques douleurs spontanées et provoquées par la pression.

En passant, je puis affirmer que la marche, les yeux fermés, n'avait jamais trahi de l'ataxie. Il y avait eu faiblesse et incertitude de la marche à la période de sursaturation de bromure de potassium, mais pas d'incoordination.

En janvier 1878, mon confrère et ami, le Dr Armaingaud, appelé en consultation, approuve le traitement dans son ensemble, accepte les cautérisations vertébrales révulsives et une autre saison à Lamalou, et, supposant que l'influence de l'herpétis pouvait n'être pas étrangère à la production de la maladie, propose un essai de médication arsénicale, pendant une suspension du bromure de potassium. Dix jours après, je dus reprendre le bromure, à la demande du malade et de sa famille; les crises revenaient, le soir, plus intenses.

En février, M. B..., muni d'une lettre de moi, détaillée, consulte Charcot, à Paris. Celui-ci m'écrit : « Je pense, comme vous, que les accidents

» nerveux dont souffre M. X... doivent être caractérisés du nom d'*angor*
» *pectoris;* mais c'est de la forme arthritique qu'il s'agit. Le malade a eu
» autrefois des coliques néphrétiques et a expulsé de l'acide urique.

» J'espère qu'en combinant les applications de pointes de feu qu'on
» pourra appliquer un peu partout, sur les trajets douloureux, avec l'hy-
» drothérapie régulière et prolongée pendant plusieurs mois, on pourra
» espérer d'arriver à quelques résultats.

» J'ajouterais l'emploi interne de l'arsenic et de l'hyosciamine, qu'on
» pourrait porter à la dose de 7 ou 8 granules de 1 milligr. chacun. Les eaux
» de Lamalou paraissent devoir être utiles. »

Avant son départ, j'avais pratiqué des cautérisations sur la colonne vertébrale.

A son retour de Paris, M. B... se soumet encore à deux applications du thermo-cautère, une à la nuque, l'autre à la fin de la région dorsale. J'appliquai un vésicatoire sur le point le plus douloureux des accès au rebord des fausses côtes. Enfin, trouvant mon malade pâle, j'instituai le traitement suivant, que je précise, car il a donné les meilleurs résultats :

1° Bromure de potassium, 2 gram. par jour;

2° Fer Quévenne, 0,10 centigr. à l'unique repas de midi;

3° Extrait de belladone, 0,05 centigr., à quatre heures du soir.

Après quelques hésitations, à propos des conseils de Charcot, je ne pus me résoudre à l'hydrothérapie, en raison de la nécessité d'une marche un peu active pour amener la réaction, marche qui provoquait les attaques et des mauvais résultats précédemment obtenus. Inhabile à manier l'hyoscіamine, qu'au fond je redoutais, je lui substituai l'extrait de belladone.

Depuis, M.B... n'a plus d'attaques, peut sortir. Se trouvant bien mieux, il a voulu prendre un léger repas, le soir, avec sa famille; il en a été puni par le retour d'un accès.

La face est devenue colorée, les forces et l'humeur journalière sont satisfaisantes, la marche est facile. Voilà bientôt trois mois d'une amélioration considérable qui me donne le meilleur espoir pour l'avenir.

M. B... va partir pour Lamalou. En attendant que mon observation se complète, je fais remarquer que le mal est toujours en puissance, que ses manifestations douloureuses sont contenues par le traitement, et qu'il est possible d'appeler ce mal *angor pectoris* à caractère chronique. La lésion, encore indéterminée, a peut-être légèrement rétrocédé ou au moins n'a plus fait de progrès; je n'ose encore dire mon malade absolument guéri (mai 1878). Voilà trois années que M. B... est malade.

Aujourd'hui, septembre 1878, M. B..., de retour de Lamalou, a passé les mois de juin, juillet, août et commencement de septembre, sans éprouver aucune atteinte de son mal. Un exercice très-modéré lui est permis, le repas du soir toujours interdit. Son amélioration ne se maintient qu'à la condition rigoureuse de continuer le traitement habituel.

Dans les ascendants de M. B... je ne trouve ni goutteux, ni rhumatisants, mais, dans une ligne collatérale, je découvre des eczé-

mateux. Sa fille, tout récemment, est devenue mère d'une belle enfant qui présente des poussées éruptives eczémateuses. Un sien petit cousin est toujours en traitement anti-herpétique et a été envoyé à Labourboule. Comme raison étiologique de cette affection, les hémorrhoïdes, les coliques néphrétiques et l'expulsion d'acide urique nous conduisent, d'un côté, à la goutte ou au moins à l'arthritisme ; de l'autre, l'eczéma du creux poplité et les antécédents de famille à l'herpétis. *Adhuc, sub judice.*

Observation II.

SOMMAIRE : Variété d'*angor pectoris*, franchement cardiaque. — Influence de l'électricité sur l'attaque cardialgique.

Pendant l'année 1867, je recevais, de temps à autre, la visite d'un malade d'environ trente-cinq ans, brun, maigre et pâle, sous-maître dans une institution de la ville. J'eus l'occasion, plusieurs fois répétée, de le voir en pleine attaque, dans mon cabinet. Le plus souvent il arrivait en cardialgie et se faisait porter jusque chez moi [1] par mon portier.

Il étouffait, portait ses mains à sa poitrine, sur son cœur, comme pour se délivrer d'un poids énorme ou d'une constriction suffocante. Il fléchissait son thorax sur ses genoux, en poussant des gémissents aigus, entrecoupés, inspirait de l'air avec peine. Ce qui surtout dominait dans l'attaque, était une douleur suraiguë traversant la région précordiale et s'irradiant dans l'épaule, le bras, le creux auxillaire du côté gauche. Le pouls était irrégulier, faible et ralenti, le facies pâle et légèrement cyanosé, les traits crispés, l'intelligence parfaite. Je ne pus en ce moment examiner le cœur, l'angoisse du malade ne le permettant pas.

. L'attaque durait dix minutes, quelquefois un quart d'heure. J'attendais patiemment, mais pas sans craindre la mort subite, la fin de la cardialgie ; je le faisais étendre sur un canapé ou asseoir dans un fauteuil. Après quelques minutes de repos, le pauvre garçon s'excusait poliment, tout confus, me remerciait et retournait à son travail quotidien. Il était mi-gardien d'enfants, mi-professeur. Je lui prescrivis de la valériane, de la belladone, du bromure et tout l'arsenal des anti-spasmodiques, mais sans succès.

[1] J'habitais alors un troisième.

A sa troisième visite, il fut pris d'attaque dans mon salon; au lieu de rester inactif, je résolus, à tout hasard, d'essayer l'électrisation du phrénique au cou, l'autre réophore étant placé à la région précordiale et sur les différents points douloureux.

Aussitôt exécuté que conçu, mon projet donne un magnifique résultat; l'attaque cessa *subito*, pour recommencer quelques minutes après. Chaque passage du courant interrompait la cardialgie; ce ne fut qu'à la suite d'une électrisation continuée cinq à six minutes et avec toute la puissance de mon appareil (appareil à deux auges, au bisulfate acide de mercure) que je vis s'arrêter définitivement l'attaque. La douleur et l'angoisse ayant pris fin, j'examinai le cœur; mais c'était lettre close. Il n'y avait ni bruit de souffle, ni anomalie dans le rhythme des mouvements. Un seul fait me frappait : l'obscurité et la profondeur des battements cardiaques. La matité précordiale n'était pas augmentée. La crosse de l'aorte ne paraissait pas dilatée, il n'y avait pas non plus de voussure. Le pouls demeurait petit et, hors de l'attaque, régulier. Alors, je n'avais pas de sphygmographe, et ne pus prendre le tracé du pouls. Cette lacune est un de mes regrets. Peut-être avait-il le cœur asystolique?

L'ascension des escaliers, la marche, la fatigue, l'étude prolongée, des chagrins sérieux à peine déguisés, étaient, selon lui, les causes occasionnelles et prédisposantes de ses attaques. Il appartenait à une famille saine de cultivateurs. Pour lui, il avait été toujours nerveux, impressionnable, mais jamais malade.

Mon interrogatoire, dirigé en tous sens, ne put saisir une cause probable de son mal. Les vices rhumatismaux, goutteux, herpétiques, syphylitiques, scrofuleux, ne pouvaient être invoqués.

Depuis une année, il avait une gêne précordiale, un malaise cardiaque indéfinissables, des irrégularités de cœur dont il avait pleinement conscience; ces phénomènes se reproduisaient souvent. Plusieurs fois il avait eu des syncopes très-courtes. Enfin, tout dernièrement, quand ce malaise et ces sensations diverses augmentaient peu à peu et arrivaient à leur maximum, alors, l'attaque éclatait. « Monsieur, me disait-il, quand cela arrive, je vais mourir! »

Aussi, comptant sur ma bienveillance et sur l'efficacité éprouvée de l'électrisation, sachant mon appareil toujours pret à fonctionner, dès qu'il sentait approcher la crise, il rôdait autour de ma demeure, et le moment venu se hâtait de monter chez moi.

Suivant qu'il appréciait bien ou mal le temps qui le séparait de l'attaque, il arrivait un peu avant, quelquefois pendant l'accès.

Depuis la fin de 1867, au moment même où je désirais le revoir, pour procéder à un examen encore plus minutieux et faire un peu de lumière sur les causes de son mal et, si possible, sur le siége précis de la lésion, je ne l'ai plus revu. Je suppose qu'il n'est plus, car mes recherches pour le retrouver ont été infructueuses, et la reconnaissance ne l'a jamais ramené chez moi.

Dans la première de ces deux observations, et tout à fait au début du mal, j'avais pensé avoir affaire à cette variété d'angine de poitrine rapprochée du mal comitial, la névralgie épileptiforme, signalée par Trousseau. L'*aura epileptica* était, en effet, évidente et se caractérisait par une sensation particulière de resserrement au poignet et de sensibilité à la paume de la main gauche, préludes de l'attaque. Angine de poitrine ou névralgie épileptiforme, le bromure était également indiqué.

Plus tard, le manque d'*aura* et la soudaineté d'invasion de l'accès révélèrent la véritable nature du mal.

Il est bon de signaler les heureux résultats du fer, de la belladone et des eaux de Lamalou, dans ce traitement, forcément complexe.

L'heureux traitement de l'accès par la faradisation, dans ces deux cas d'origine probablement différente, m'autorisent à conseiller ce moyen dans tous les accès, surtout les plus douloureux, d'angine de poitrine.

Je sais bien que, sans nécropsie, sans la mise en regard des symptômes observés et des lésions révélées par l'inspection directe, sans la concordance de la marche des signes et des degrés de l'altération matérielle, il n'est pas possible de faire un pas sûr, dans la voie du diagnostic et de la thérapeutique. Aux résultats nécropsiques déjà connus, je n'ai pu rien ajouter. Aussi, n'est-ce pas à ce point de vue que je cite cette observation, nécessairement incomplète; je tiens seulement à faire ressortir l'efficacité de la faradisation dans le traitement de l'accès et les symptômes plus franchement cardiaques qui me paraissent distinguer nettement le second cas du premier. Puis, je prie qu'on regarde ces observations comme une contribution à l'étude encore à parfaire des angines de poitrine et de leur traitement.

CHAPITRE VIII

GOUTTE VISCÉRALE A FORME CHRONIQUE.

Sommaire : Fils de goutteux et petit-fils d'herpétique et de calculeux présentant des manifestations viscérales, gastralgiques, pulmonaires, cutanées, jamais de rhumatismes. — État que l'on peut considérer comme la goutte atténuée, viscérale et chronique.

X... a aujourd'hui quarante ans. Sa mère jouit d'une belle santé; sauf une période d'état chlorotique remontant à sa jeunesse, elle a toujours été bien portante. Son père, mort à soixante-dix-neuf ans, a été goutteux depuis l'âge de quarante ans. Le début de son mal ressemblait fort au rhumatisme, mais bientôt les douleurs des gros orteils, les attaques caractéristiques de la goutte, les dépôts tophacés qui rendaient ses pieds et ses mains difformes, l'élimination des urates sous forme de substance blanche crayeuse, ne laissaient aucun doute sur la nature du mal. Voilà pour les parents. Parmi les ascendants, et dans la ligne maternelle, X... a eu un grand-père arthritique atteint fréquemment de lithiase urique, de coliques néphrétiques et qui a éliminé des calculs rénaux remarquables de grosseur. Ces calculs, soigneusement conservés et soumis à mon examen, sont remarquables par leur poids et les arêtes qu'ils présentent. L'un d'eux pèse 0,35 centigr.

Sa grand'mère a été psoriasique toute sa vie, et toujours au lendemain ou à la veille d'une poussée éruptive. Les genoux, les coudes et le ventre étaient les siéges de prédilection des éruptions prurigineuses qui finissaient par des déquammations abondantes. C'était une très-belle femme qui a vécu quatre-vingt-onze ans, eut onze ou douze enfants et ne présenta aucune maladie en dehors de l'herpétisme.

Son grand-père et sa grand'mère maternels sont morts vers les soixante-douze ou soixante-quinze ans, atteints tous les deux de catarrhe bronchique et d'emphysème pulmonaire. L'aïeule était asthmatique.

Voici l'histoire des antécédents morbides de sa famille, sous forme de tableau :

Côté maternel....	Grand-père....	calculeux	mort à 82 ans.
	Grand'mère...	herpétique	morte à 91 ans.
Côté paternel....	Grand-père Grand'mère ..	asthmatiques...	morts à 72 ou 75 ans.
	Père..........	goutteux.......	mort à 79 ans.
	Mère..........	bien portante...	vit encore.

La première enfance de X... a été assez tourmentée. Comme beaucoup d'enfants des villes, il eut à la campagne une nourrice sans lait. La soupe provoqua une diarrhée extrêmement longue, très-amaigrissante, et X... porta toute sa vie le double cachet indélébile d'un enfant mal nourri : pâleur et maigreur.

Vers les dix ou douze ans, X..., au collége, était sujet à des oppressions respiratoires fréquentes, procédant par accès, ce qui lui donnait un irrésistible besoin de mouvement et d'activité, chose peu compatible avec l'assiduité des études et les longues heures d'immobilité du travail.

Entre temps, il était aussi atteint d'un mal dont il me donne une description détaillée. Cela lui revenait surtout au printemps, la nuit, vers le matin. Après quelques jours de perte d'appétit, de langueurs d'estomac, d'état saburral de la langue, il se réveillait en proie à du malaise de l'estomac, et, dès qu'il regardait la lumière, il était pris d'une sensation générale de vertige. Il se hâtait de refermer les yeux. Tout tournait autour de lui, s'il avait le malheur de vouloir les ouvrir. Les yeux clos, en pleine possession de son intelligence, il lui semblait alors que son lit était mû d'un mouvement de bascule autour d'un axe transversal. Sa tête et ses pieds montaient et descendaient alternativement. Cela durait quelques minutes. Les mouvements du lit paraissaient s'affaiblir et l'attaque passait en laissant après elle, pour toute la matinée, des langueurs d'estomac qui se terminaient par des vomissements bilieux vers le milieu de la journée. Au moment où le vertige cessait, que le lit paraissait immobile, X... tenait encore ses yeux fermés, car l'attaque, sans cette précaution, recommençait sous l'influence de l'impression de la lumière. Le médecin le purgeait et tout rentrait dans l'ordre. D'ailleurs, pas de convulsions, pas de morsure de la langue, pas de cri initial, rien qui pût faire croire à l'épilepsie. Vers les quinze ans, ce vertige stomacal disparaît, mais la dyspnée revient plus intense, et à ce point, que les maîtres de X... lui permettent de sortir à toute heure de l'étude ou de la classe pour aller prendre l'air et se donner du mouvement. Le médecin lui faisait donner une nourriture très-substantielle et fumer des feuilles de datura et de belladone; cette dernière partie du traitement restait inefficace et laissait après elle du mauvais goût et de l'inappétence. Le tabac ordinaire, fumé en cigarettes, soulageait le malade, excitait les bronches et semblait abréger l'attaque. Son médecin disait qu'il s'agissait d'asthme nerveux et auscultait souvent le cœur. La digitale, essayée quelque temps, fut abandonnée; elle provoquait des nausées et ne modifiait en rien les accès.

Tous ces phénomènes cessèrent avec la fin des études, et X... traversa sans encombre la période de la vie, qui va de dix-huit à vingt-sept ans.

Il présenta de la turgescence hémorrhoïdaire, après les marches longues et surtout pendant les chaleurs. Une ou deux fois, le passage du bol fécal détermina seulement une légère perte sanguine.

A vingt-sept ans, la dyspnée revient et alterne avec une bronchite particulière; l'hiver il s'enrhume facilement, tousse beaucoup le matin et expectore des crachats transparents, visqueux, exclusivement albu-

mineux. La toux s'accompagne de gêne respiratoire, mais moins intense que pendant les accès de dyspnée. L'été, plus souvent qu'en hiver, il se réveille brusquement vers les deux heures du matin; il s'étouffe, le thorax est serré à sa base; il saute de son lit, court à la fenêtre chercher le grand air. L'accès continue, il ressent du froid, se couvre de vêtements, marche, agit, et quand la chaleur revient, que la peau s'émeut et devient halitueuse, la détente respiratoire arrive.

X... se remet au lit en se couvrant davantage, transpire, expulse des éructations gazeuses, insipides, inodores et expectore enfin des crachats petits, globuleux, nacrés comme des perles. Ce dernier phénomène marque la fin de l'attaque d'asthme et coïncide avec la reprise de l'ampleur respiratoire. L'attaque durait une heure au plus et se terminait, après les phénomènes sus-décrits, par un profond sommeil.

X... s'aperçoit que le grand air augmente sa dyspnée, et désormais évite d'ouvrir la fenêtre, au début des accès. Il remarque que les refroidissements pris pendant la journée et non suivis de réaction suffisante, amènent infailliblement une forte attaquc. Pendant et peu après l'attaque, ses urines sont claires, abondantes; le lendemain matin, au contraire, elles sont rares et foncées, riches en urates et albumineuses. Son médecin n'a jamais vérifié le fait, mais le malade indique la persistance d'un nuage blanc, quand ses urines sont étendues d'eau et d'un dépôt rougeâtre.

Pendant dix années, plus l'été que l'hiver, il reste asthmatique. Voici le résultat de ses observations soigneusement faites : d'abord, il croit que la surexcitation cérébrale a ramené les attaques de dyspnée de son enfance. C'est, en effet, après un travail long, assidu et de nombreuses veilles qu'il a été repris de son asthme. Le refroidissement est toujours une cause puissante des retours d'accès, surtout le froid aux pieds.

X... sent l'accès venir et peut l'éviter, s'il s'y prend à temps. Quand l'accès doit être léger, il lui suffit de boire une infusion *très-chaude* quelconque, et de se couvrir davantage. A défaut de boissons chaudes, des stimulants obtiennent le même résultat, par exemple : du cognac, du rhum.

Un exercice violent ou pénible, peu de temps avant l'accès, lors même que ce dernier s'annonce intense, peut le faire avorter et, dans tous les cas, en diminuer la longueur. Aussi, X..., en ces moments, scie-t-il du bois, soulève-t-il des haltères et atteint-il plus ou moins rapidement cet état de moiteur de la peau, but suprême de ses efforts et prélude du raccourcissement ou de l'avortement de l'attaque.

Pendant cette période de dix ans, X... abandonne son lit. Il prèfère dormir, bien couvert sur son tapis; il lui semble que la mollesse du lit le prédispose à la dyspnée; il y a aussi une autre raison : il risque moins, aussi, de dormir sur son côté gauche, ce qui lui donne des cauchemars pénibles, dont il sort souvent en pleine attaque.

Interrogé sur les attaques, X... me dépeint avec précision trois modes distincts.

Le premier, relaté plus haut, est l'accès d'asthme classique, nocturne,

le plus fréquent, auquel s'ajoutent des éructations finales, dans lequel domine le resserrement thoracique et la difficulté d'inspirer.

Le second, très-rapproché du précédent, se développe aussi la nuit, moins brusquement et à l'occasion d'une distension stomacale par des gaz, qui commencent à gêner mécaniquement la respiration et peuvent donner lieu à l'attaque franche ordinaire. Si le malade peut expulser facilement ses gaz, il évite l'attaque, qui, dans le cas contraire, ne tarde pas à survenir. Pour parer à toutes ces indications, que l'observation et l'instinct lui ont apprises, X... a toujours sur sa table de nuit du vin chaud. Réveillé dans l'un de ces deux types d'accès, il se hâte de boire son vin, le plus chaud possible. Le stimulus qui en résulte lui épargne des accès soit en facilitant la hâtive expulsion des gaz, soit en réveillant l'action de la peau.

Le troisième mode ne constitue pas une attaque proprement dite, et survient soit le jour, soit la nuit; il est caractérisé par une dyspnée légère, plus durable. Pendant cet état, X... est obligé de surveiller sa respiration; *il faut qu'il veuille respirer*. Le jour, toute affaire cessante, il s'occupe exclusivement d'inspirer volontairement. La nuit, il ne peut dormir, car sa volonté, suspendue dans le sommeil, ne commande plus sa respiration [1]. Il y a donc, à ces moments, suspension ou insuffisance des mouvements involontaires de la respiration, surtout de l'inspiration. Ce troisième mode de dyspnée durait quelques heures et était plus rare que les deux précédents. Un jour, dans un concours, au moment de lire devant le jury, son épreuve écrite, X... fut pris de cette dyspnée particulière. On peut juger de la difficulté, dont il triompha péniblement. Il fallait respirer, lire à haute voix, scander ses phrases d'après les besoins de l'inspiration et en dénaturer en apparence le sens.

Tout le monde crut, sauf le malade, aux effets d'une émotion incoercible.

Vers sa trente-troisième année, X... s'occupe de matières philosophiques et religieuses. Il lit beaucoup et s'acharne à trouver un terrain de conciliation entre les diverses doctrines religieuses qui se partagent l'humanité. Son but est d'écrire un traité pratique, exposition des lois de la direction morale de l'individu et du gouvernement des hommes. Il est puni de son travail à visées trop ambitieuses par une recrudescence d'attaques et une longue privation de sommeil. Il y renonce. Le calme renaît par le repos.

En 1868, il a une éruption de furoncles sur les avant-bras. Il a toujours un excellent appétit. En 1869, comprenant qu'il surmène l'ange aux dépens de la bête, il travaille moins, pêche, chasse, apprend la peinture, prétextes pour donner un but à ses excursions au grand air. L'amélioration commence à être sérieuse, les accès s'éloignent, le sommeil devient meilleur, mais il n'ose encore coucher dans son lit.

[1] J'ai connu à Paris un étudiant en médecine qui présentait ce phénomène et qui, aujourd'hui, oculiste distingué, jouit d'une bonne santé, quoique un peu lymphatique. Le tabac est peut être cause de cette sorte d'apnée.

En 1870, la guerre franco-prussienne éclate, X... s'engage, fait toute la campagne de la Bourgogne et de l'Est, souffre de la fatigue, de la faim, se gèle à demi les poignets, souffre d'une nouvelle éruption de furoncles. Son asthme disparaît *complètement*. Pendant et après la guerre il peut dormir dans un lit, douceur qu'il ignorait depuis de longues années. En 1872, autre éruption de furoncles, au cou, au ventre et à l'un des avant-bras.

Il lui reste cependant des traces de son ancien état asthmatique; au moment de s'endormir, il éprouve quelques spasmes laryngiens ou quelque gêne de l'inspiration qu'il corrige et fait cesser par un ou deux mouvements inspiratoires volontaires puissants. Cet état dure une ou deux minutes, puis il s'endort paisiblement. La fatigue corporelle lui donne un sommeil réparateur, profond, et enlève l'incertitude respiratoire des premiers moments du sommeil qu'augmente, au contraire, la contention d'esprit. Il est souvent réveillé, la nuit, par de légers accès de gastralgie flatulente avec expulsion de gaz acides et sentiment de chaleur, rarement de pyrosis. Il se lève ou non, éructe une ou deux fois et se rendort. Tout écart de régime, tout dîner d'amis qui exagère la digestion et oblige à boire un peu plus de vin qu'à l'ordinaire provoque ces gastralgies, dans lesquelles la douleur est rare.

De 1872 à 1876, ces phénomènes persistent, mais atténués. Assez souvent, à mesure que s'affaiblissent les manifestations gastriques, X... éprouve, pendant la nuit, des lancées douloureuses dans les gros orteils qui le réveillent en sursaut. Cela dure peu longtemps, mais revient souvent.

D'octobre 1876 à février 1877, X... est en proie à une autre éruption de furoncles volumineux, anthracoïdes. Il a même au cou un véritable anthrax. Au bras gauche, à l'occasion d'un furoncle du poignet, il est atteint de périphlébite qui le condamne à l'immobilité. Pendant l'éruption furonculeuse, les phénomènes gastriques disparaissent. Cependant la langue était saburrale, les urines étaient rouges, non sucrées. Il y avait une excessive constipation et maintien de l'appétit.

X... mange beaucoup de viande et ne peut boire du café sans s'exposer à une nuit d'insomnie et de pandiculations.

Dans cette observation un peu longue, nous remarquons l'effet atténué et lointain d'une hérédité morbide dominante, bien caractérisée. X... est petit-fils d'un herpétique et d'un calculeux, du côté maternel; du côté paternel, petit-fils de parents morts de maladies cardio-pulmonaires, et, enfin, fils de goutteux. Il est le produit de tendances pathogéniques diverses, dans lesquelles domine la goutte, modifiée dans ses caractères essentiels, mais très-reconnaissable. Ainsi l'asthme, les éruptions furonculeuses, la gastralgie

flatulente, les ébauches d'hémorrhoïdes, les essais douloureux du mal du côté des gros orteils, l'absence de rhumatisme, l'excès d'acide urique dans le sérum du sang, nous autorisent à considérer X... comme atteint d'un premier degré de goutte, ou bien d'une goutte affaiblie, n'allant pas jusqu'aux localisations articulaires et manifestée, jusqu'ici, à la muqueuse pulmonaire, gastrique, à la peau et au système nerveux de la respiration.

Je pense qu'il existe, dans ces divers organes, un excès d'acide urique par défaut d'élimination, comme il arrive chez les animaux dont on a lié les uretères.

Cette observation vient appuyer les idées de Charcot sur la goutte abarticulaire, admise cependant par lui avec beaucoup de réserve. « Remarquons, dit-il, que ces phénomènes (affections viscé- » rales) peuvent exister chez un sujet issu de parents goutteux, et » dès lors manifestement disposé à la goutte. C'est là une première » présomption en faveur de l'hypothèse que nous nous efforçons de » défendre. En second lieu, l'affection viscérale se présente habi- » tuellement lorsqu'elle coexiste avec la goutte articulaire. En » troisième lieu, il est des cas où l'affection des jointures se » montre à l'état rudimentaire et se manifeste par des élancements » douloureux (*Twinges*).

» Enfin la diathèse urique caractérisée par l'ensemble des phéno- » mènes précédemment décrits, peuvent venir donner à ces » manifestations viscérales de la goutte un cachet d'authenticité » qui ne pourra guère être révoqué en doute, lorsqu'on aura » constaté *la présence de l'acide urique dans le sang.* »

On voit que ce tableau s'applique bien à mon malade.

Il est intéressant de suivre avec les générations nouvelles, la filiation morbide et de voir les transformations des processus originels, sous l'influence de plusieurs diathèses, réunies sur le même sujet. Il n'y a pas là, seulement, une question de pathologie générale, mais encore et surtout un traitement à déduire, but suprême de la science médicale.

Je me suis contenté de soumettre X... à l'hygiène des goutteux. La vie au grand air, l'exercice musculaire, la sobriété, en fait de vin et de café particulièrement, maintiennent jusqu'ici mon malade dans un état satisfaisant.

J'évite les alcalins, car mon malade est anémique, et si la goutte chez lui pouvait devenir articulaire, nul doute, qu'elle ne fût asthénique d'emblée.

CHAPITRE IX

VINGT CAS DE SYPHYLIS; OBSERVATIONS SUR LE TRAITEMENT.

Des nombreux cas de syphylis que j'ai vus, je n'en rapporte ici que vingt, les seuls que j'ai pu suivre attentivement. J'ai dû laisser de côté les syphylis que j'ai soignées en passant, qui ont rapidement échappé à mon observation, et dont j'ignore encore les détails ultérieurs de traitement et de terminaison.

Le plus grand nombre des malades, dont je relate l'histoire, est encore sous mes yeux. J'ai laissé des années s'écouler pour m'assurer de leur guérison. C'est assez dire que l'observation et le contrôle m'ont été faciles.

Ce travail n'est donc pas un triage laborieux, composé des cas les plus heureux et destiné à étayer *quand même* les quelques idées théoriques, que j'expose à la fin de ce travail.

Je renvoie, après ces vingt observations, quelques réflexions générales sur l'évolution, les variétés et le traitement de la syphylis.

Observation I

Mme veuve P..., âgée de trente ans, me consulte en 1870; elle se plaint de douleurs cervicales sous-occipitales, continues, avec exacerbations nocturnes et de douleurs superficielles généralisées ou par plaques, siégeant tantôt aux membres, tantôt au tronc.

Les nuits sont mauvaises. Depuis cinq à six mois, Mme P... se plaint partout de ses névralgies et consulte, successivement, bon nombre de médecins.

Depuis un mois, l'insomnie est complète, sauf pendant les matinées.

Déjà tout l'arsenal des narcotiques, des anti-spasmodiques, a été mis en œuvre, sans résultats.

Mme P... est veuve depuis deux années; son mari est mort aliéné ; elle a perdu deux enfants, peu de temps après leur naissance, un troisième est mort-né.

Mme P... est encore jeune et jolie, a même fait le projet de se remarier après la guérison de ses douleurs.

Mon attention éveillée par la perte des enfants, je procède à un examen minutieux. J'interroge l'histoire passée, du gosier, de la peau, des muqueuses, des ganglions, etc., etc. Mme P... n'accuse rien, et je n'insiste pas pour une première fois.

L'examen actuel du gosier, des clavicules, des tibias, de la peau, ne me révèle rien.

Cependant, la pression exercée au niveau des premières vertèbres cervicales, éveille de la douleur, mais il n'existe encore aucun gonflement apparent. Les ganglions sous-occipitaux ne sont pas tuméfiés. Il y a un peu de *raideur du cou*, attribuée par la malade à des refroidissements.

En dehors de ces symptômes localisés et des douleurs générales, la santé générale est bonne, l'appétit conservé.

Le visage, fatigué par l'insomnie, possède un fond de coloration rose, et l'embonpoint est satisfaisant.

Me réservant de revenir à la charge et d'élucider la nature et l'origine de la maladie, je prescris deux grammes d'iodure de potassium par jour, ce qui est accepté, et un vésicatoire sous-occipital, ce qui, à mon grand regret, est repoussé, pour cause de coquetterie.

Sur ces entrefaites, éclatent les événements de 1870, qui m'éloignent de Bordeaux. Je confie ma malade aux soins intelligents de mon savant ami, le Dr Vergely.

Fin mars 1871, je reprends la direction du traitement. Pendant mon absence, le bromure et l'iodure de potassium ont été la base du traitement; il y a eu des périodes d'amélioration et des retours des douleurs. Je retrouve ma malade amaigrie et pâle. Le cou est plus raide, la tête légèrement inclinée en avant et à droite et son mouvement de rotation très-limité et douloureux. En arrière et en haut de la région du cou, je constate pour la première fois un gonflement sensible à l'œil, encore plus apparent à la palpation. A la limitation de cette tumeur, à sa dureté, je diagnostique une tumeur osseuse formée par le développement anormal du segment postérieur des deux premières vertèbres cervicales. L'atlas paraît plus développé que l'axis. Autour des points les plus résistants, le doigt sent une atmosphère d'induration qui va en décroissant en haut, en bas et sur les parties latérales du cou. Le sommeil est impossible, l'appétit perdu. Le membre supérieur droit ressent des fourmillements, il y a parésie de ses muscles. Les mêmes phénomènes se répètent aux membres inférieurs, avec des élancements douloureux sans trajet bien déterminé. Je constate encore des plaques d'hypéresthésie.

Alors, je presse Mme P... de questions et lui fais comprendre la gravité de sa situation, en éveillant en elle l'idée d'une connexité possible entre une maladie antérieure et son état actuel. Très-étonnée de ce fait sur lequel son esprit ne s'était jamais arrêté, Mme P... se décide à me détailler ses ancécédents.

Sans pouvoir me préciser les dates, elle se souvient d'avoir eu, il y a un peu plus de trois années, deux petites plaies aux parties sexuelles, soignées et guéries par une sage-femme. Plus tard, elle avait eu du mal à la bouche et au gosier, qui nécessita des cautérisations fréquentes, des gargarismes particuliers.

Guidée par mes questions, elle me signale, vers la même époque, une éruption discrète de taches roses sur la poitrine et les bras qui disparut rapidement. Enfin, après avoir consulté à domicile plusieurs médecins, elle suivit, pour se guérir cette *âcreté de sang*, un traitement interne pendant plus de six mois.

Ce traitement, composé en premier lieu de pilules, plus tard d'une eau limpide à prendre par cuillerée tous les matins et dans du lait, ce qui lui donnait des maux d'estomac, leva mes doutes.

D'autre part, rapprochant de tous ces indices la mort de ses trois enfants, j'acquis la certitude que Mme P... était atteinte de syphylis tertiaire. Malgré mes recherches, je n'ai pu savoir si les deux enfants morts en nourrice avaient présenté du pemphigus ou des éruptions suspectes.

J'insistai sur la durée du traitement suivi. Les alternances, plusieurs fois répétées, dans l'administratlon des pilules et de la liqueur de Van Swieten, me permirent de contrôler les assertions de la malade et de m'assurer que le traitement avait bien duré six mois. Une circonstance, d'ailleurs, me confirma en ces idées, c'est que la malade cessa le traitement à cause d'une vive inflammation de la bouche et des gencives.

Enfin, et *j'insiste sur cette particularité,* depuis ce premier traitement, aucun symptôme n'était survenu du côté de la peau, des muqueuses, des yeux, des ongles, des muscles jusqu'à la lésion osseuse ci-dessus décrite.

La syphylis s'était exclusivement bornée aux deux chancres initiaux, à des plaques muqueuses de l'arrière-gorge et à une éruption roséolique discrète. Au bout de six mois de traitement, la syphylis paraissait avoir épuisé son activité.

Mon interrogatoire, très-détaillé, passant en revue toutes les lésions possibles de la syphylis aussi bien que l'intelligence de ma malade, très-soigneuse de sa personne, me permettent d'affirmer le fait d'absence com plète de manifestations syphylitiques dans le long intervalle de près de trois années, qui va des accidents primitifs et successifs jusqu'à la lésion tertiaire.

Peu après la constatation de la tumeur cervicale, je provoquai une consultation. MM. les Drs Denucé, Reimonencq et Garat m'assistaient de leurs conseils. Tous reconnurent et la nature et la gravité du cas. Je n'oubliai pas de leur signaler la *marche irrégulière* de l'affection.

A l'iodure de potassium à haute dose on ajouta une cuillerée de liqueur de Van Swieten, sur l'insistance de M. le Dr Denucé

Nous nous trouvions en face d'une compression imminente du bulbe par le gonflement des deux premiers anneaux de la colonne cervicale.

Le pronostic, à l'unanimité, ne laissait aucun espoir.

Bientôt, en effet, les symptômes les plus alarmants se succédèrent avec rapidité, céphalée intense, douleurs sous-occipitales suraiguës, vertiges, vomissements, accès de dyspnée passagers d'abord, puis permanents et paralysies diverses. Dans ce sombre tableau, les sens de la vue et de l'ouïe s'éteignirent par degrés; la paralysie fit de rapides progrès, et, le 24 mai 1871, Mme P... était emportée par l'asphyxie.

Il me fut impossible, à mon grand regret, de faire la nécropsie.

Le syphylis de Mme P..., n'est pas douteuse. On remarque qu'elle est *fruste*, car la plupart des accidents secondaires font défaut.

Le mercure est-il cause de cette lacune, en exerçant une puissance suffisante pour empêcher l'éclosion des accidents secondaires, insuffisante contre les lésions tertiaires? J'incline fortement à le croire.

A l'appui de cette opinion, la spécialité du mercure contre les accidents secondaires peut, en effet, être invoquée. Si ce médicament fait facilement disparaître les lésions de cette période, ne peut-il aussi les empêcher de naître?

Il n'y a pas d'incompatibilité logique et physiologique entre ces deux modes d'action. Enfin, l'inefficacité du mercure contre les lésions tertiaires n'explique-t-elle pas, après un silence plus ou moins long, l'apparition de ce dernier ordre d'accidents?

Je livre le fait sans en affirmer absolument la cause, en indiquant celle qui me paraît probable et en appelant, sur lui et sur de semblables, l'investigation du monde médical.

Observation II.

M. O. E..., voyageur de commerce, trente et un ans, est atteint, à l'âge de seize ans, d'un chancre induré, d'adénite inguinale et, peu de temps après, de plaques muqueuses de la gorge. Il reçut les soins éclairés de Vénot père, de Bordeaux. Il estime que son traitement a duré sept mois.

Solide, trapu, haut en couleur, M. O. E... se plaint, depuis deux années, de douleurs qu'il croit rhumatismales, attribuées aux variations brusques de température qu'il subit en voyage. Les jambes sont particulièrement le siége des douleurs. Les soirs d'hiver, dans les hôtels où il séjourne, il est obligé de se faire frictionner avec divers liniments; c'est le seul moyen d'amener du calme. Il est des périodes dans lesquelles le sommeil est impossible. Il ne voit aucun médecin. La chaleur de l'été semble lui porter quelque soulagement. C'est dans cet état qu'il arrive au mois de juin 1875.

Un soir, il est subitement pris de vertiges et de nausées, de douleurs céphaliques intenses, surtout au front, et tombe, en tournant à gauche, sans perdre connaissance.

A ce moment, je suis appelé; je m'assure du fait en le faisant marcher, et vérifie à la fois et les vertiges et la chute gyratoire à gauche. Dans le décubitus dorsal, le vertige diminue et disparaît; les douleurs de tête persistent, intolérables.

J'interroge le passé, et par le menu, j'apprends les détails donnés plus haut. M. O. E... est intelligent et m'affirme qu'il était guéri après son premier traitement; que, d'ailleurs, rien n'est venu, depuis et en dehors des douleurs sus-mentionnées, troubler sa santé.

Propre, élégant jusqu'à la recherche, M. O. E... n'a jamais aperçu aucune des manifestions dont je lui fais le tableau. Je l'examine attentivement; la peau est nette, pas une tache, pas une cicatrice. Je ne trouve même *aucun engorgement ganglionnaire.*

Les jambes méritent attention. Les tibias sont tuméfiés à la partie inférieure. Au lieu et place de la crête tibiale se présente une surface convexe arrondie et lisse, faisant une saillie considérable et dénaturant complétement la forme normale des jambes. C'est là le siége des douleurs passées et actuelles, nocturnes le plus souvent, et confondues avec le rhumatisme. Rien d'apparent aux clavicules et aux poignets.

Le cas me parut grave en raison des symptômes céphaliques. Etait-ce une compression cérébrale par le gonflement de la talle interne du frontal? N'assistions-nous pas à la naissance d'une tumeur cérébelleuse ou cérébrale, comme pouvait le faire supposer le mouvement gyratoire? Je n'ose encore me prononcer, mais cet état persistant, je craignais de voir, à bref délai, augmenter les phénomènes de compression, survenir des accès convulsifs, des congestions cérébrales, des troubles graves des

facultés supérieures, la mort subite, peut-être. Je provoquai une consultation.

Mes excellents confrères MM. Denucé et H. Gintrac donnèrent leur approbation au traitement institué et élevèrent la dose quotidienne d'iodure de potassium de quatre à six grammes. En outre, tous les matins, notre malade dut prendre une cuillerée de liqueur de Van Swiéten dans du lait.

Après un mois de ce traitement, les douleurs frontales, les vertiges avaient disparu, la station debout et la locomotion devinrent possibles

J'envoie M. O. E... à Luchon, en continuant encore, mais à doses moindres, l'iodure et supprimant le sel mercuriel. Les eaux de Luchon ne déterminèrent aucune éruption.

A l'automne de 1875, M. O. E... suit fidèlement pendant trois mois, le traitement balnéaire et purgatif que je lui conseille : bains sulfureux alternés avec des bains de vapeur suivis de douches et purgations salines réitérées.

Pendant l'hiver de 1876, reviennent des douleurs de tête, mais moins intenses dont l'iodure de potassium devient facilement maître.

Pendant la belle saison de 1876, mon malade se soumet encore, pendant trois mois, au traitement de fond et va terminer sa cure à Luchon, sous la direction de M. le Dr Carlos Valdès.

Depuis, la guérison ne s'est pas démentie. Je puis donner, le cas échéant, le bon à marier. Je vois souvent (1878) M. O. E... et peux m'assurer de la persistance de sa guérison.

Cette observation me paraît digne d'intérêt. On y voit, après les accidents primitifs et un traitement mercuriel, un long silence de treize années, auquel succède l'ensemble si grave des signes énumérés plus haut : douleurs nocturnes des tibias d'abord et ensuite céphalée intense, vertiges, chutes, gyration et perte totale de l'équilibre.

Ici, le mercure a empêché l'éclosion des manifestations secondaires et retardé longtemps, mais non empêché, les accidents tertiaires.

Je rapproche ce cas du précédent dans la catégorie des syphylis *frustes*.

Observation III.

Mme S..., âgée de vingt-trois années, que je soignais avant son mariage, est atteinte de syphylis. Elle vient d'accoucher d'un enfant mort-né, couvert de taches rouges.

Ce n'est environ qu'une année après l'inoculation infectante qu'elle s'ouvre à moi de quelques accidents qui l'inquiètent, non pas tant à cause de leur origine, dont elle n'a pas heureusement conscience, qu'en raison de leur opiniâtreté dans la récidive.

Mme S... me montre, en effet, une gomme suppurée à la cuisse gauche et des plaques muqueuses au gosier. De ces deux manifestations, toutes deux rebelles, la plus ancienne était le mal à la gorge. En outre, Mme S... se plaint de troubles passagers de la vision; la lecture, qu'elle aime, amène rapidement la fatigue des yeux et la confusion des caractères. Ces troubles s'accompagnent de douleurs fugaces du côté du front et des arcades sourcilières.

Autrefois rose et fraîche, enjouée et mobile, Mme S... est aujourd'hui pâle, faible et triste. Son unique souci est le *bobo* de la cuisse qui ne guérit que provisoirement pour revenir à la moindre fatigue et interdit la promenade. L'état des yeux, du gosier, sa faiblesse, ne paraissent pas la préoccuper. Sous l'influence du sublimé corrosif, la gomme de la cuisse, les plaques muqueuses et les troubles de la vision disparaissent. Je fais grâce des nombreuses cautérisations de la plaie de la cuisse et des plaques muqueuses qui eurent aussi leur large part d'influence dans la guérison momentanée de ces diverses lésions. Le traitement dura deux mois. Pour compléter ce traitement, je mis ma malade entre ces deux alternatives, ou d'aller à Luchon ou de subir l'action des bains de vapeur, des douches et des purgatifs, suivant ma méthode habituelle. Ce fut en vain. Mme S... retourne à Paris, puis revient dans l'été de 1872 se confier à mes soins.

La gomme est ulcérée à nouveau et la faiblesse est au même point Cette fois j'insiste pour l'une des deux médications précitées. Des considérations d'affaires et de famille ne me permettent d'obtenir qu'un séjour de deux mois à Arcachon, pendant lequel je reprends le traitement mercuriel et donne des soins locaux à la gomme rebelle de la cuisse qui guérit par la cautérisation et la compression. Ma malade retourne à Paris dans un état d'amélioration marqué et avec toutes les apparences de la guérison.

Le traitement appliqué pendant deux mois à Arcachon est continué à Paris. D'après les nouvelles reçues, la lecture est possible, l'appétit satisfaisant. Les forces se rétablissent et tout me fait espérer une prompte et facile guérison, si ma malade veut suivre à Paris le traitement de fond sur lequel je ne cesse d'insister. Mme S... remet à l'été prochain l'exé-

cution de mes conseils, espérant les suivre à Bordeaux, au sein de sa famille.

Le 12 mars 1874, je suis appelé en toute hâte à Paris. Je vois ma malade dans le décubitus dorsal très-affaissé, en pleine résolution musculaire, en proie partout à des fourmillements douloureux. La tête et la colonne vertébrale sont le siége de douleurs vives et profondes.

A mon arrivée, Mme X... veut se soulever pour me souhaiter la bienvenue; cela lui est impossible. Le léger mouvement tenté paraît être un effort considérable et pénible.

D'ailleurs, au premier abord, elle ne m'a pas parfaitement reconnu. Pendant ma visite, Mme X... désire uriner, mais il lui faut une aide sans laquelle elle ne peut ni se lever, ni se tenir sur ses jambes, ni, encore moins, se redresser de la position accroupie et se remettre au lit. Elle ne peut d'ailleurs uriner. Ses réponses sont brèves; la respiration est gênée. La tendance à la torpeur est rompue de temps en temps par des cris faibles à timbre élevé. Elle ne cesse de crier à ces moments : Ma tête! ma tête! Le visage est très-coloré; les pupilles sont contractées.

Il devenait évident, par la demi-paralysie de la vessie, des membres inférieurs et supérieurs, des muscles respiratoires; par les douleurs céphaliques et vertébrales que des phénomènes morbides graves se passaient dans le centre nerveux cérébro-rachidien.

Je diagnostiquai une compression et de la moëlle et du cerveau, probablement par la présence de néoplasies ou d'exostoses syphylitiques, ou bien une inflammation des centres nerveux.

Une consultation eut lieu dans la journée avec M. le Dr G... et le Dr Siredey, médecin de Lariboisière.

La situation parut désespérée à tout le monde. Le bromure à hautes doses fut conseillé.

Vers les six ou sept heures du soir, sollicité par le père, qui trouvait son enfant au plus mal, je revins voir Mme X... Les douleurs de tête étaient intolérables et alternaient avec un coma profond. Je conseillai une potion avec trois grammes de chloral; mais la déglutition de difficile devint rapidement impossible. Vers le matin, la malade succombait à l'asphyxie.

La durée de cette syphylis depuis sa naissance, jusqu'à la lésion ultime, m'est très-connue. Des interrogatoires primitifs et des aveux mêmes du médecin du mari, l'accident primitif part du mariage, le 7 ou 8 octobre 1870. On peut donc suivre la marche du mal. Pour atteindre l'accident tertiaire fixé au système nerveux, il a fallu au virus trois années et cinq mois au maximum, car il faut tenir compte de la période initiale et silencieuse de la dernière lésion qui a pu passer inaperçue.

Trois points attirent, ici, l'attention :

1° L'administration du mercure n'a pas empêché l'évolution syphylitique;

2° La marche du mal a été rendue insidieuse;

3° L'ordre de succession des lésions a été irrégulier.

En effet, depuis les accidents primitifs et successifs jusqu'aux lésions cérébro-spinales qui entraînèrent la mort, il n'existe qu'un accident secondaire (la gomme de la cuisse), servant de transition entre ces extrêmes. La peau, les muscles, le périoste, les os ont toujours été respectés.

C'est pourquoi, rapprochant ce cas des deux précédents, je suis autorisé à penser qu'il existe des syphylis frustes, auxquelles la deuxième période manque en totalité ou en partie.

Reste à savoir si le mercure est la cause d'une pareille déviation, dans le caractère, la marche et la durée de la maladie. A mes confrères de vérifier le fait, en particulier dans les syphylis fortes.

Observation IV.

Mme veuve F..., quarante-cinq ans, cuisinière, robuste autrefois, entre à l'hôpital Saint-André, en mars 1875, salle 4.

Voici le tableau symptomatologique qu'elle présente : adénite sous-occipitale; traces d'éruptions maculeuses sur la peau de la poitrine et des membres; douleurs ostéocopes frontales, tibiales et sterno-claviculaires; ulcérations profondes de la peau du front à caractère serpigineux le long de la ligne d'implantation des cheveux. Ces ulcérations sont les unes à nu, les autres recouvertes d'épaisses croûtes d'un jaune verdâtre; çà et là on aperçoit d'anciennes cicatrices à bords irréguliers et froncés qui entourent les ulcérations actuelles et qui sont le fait d'une poussée antérieure. L'épaule gauche, surtout à sa partie postérieure, présente des ulcérations de même nature, avec les mêmes caractères de différence d'âge.

Tous les soirs, à la même heure, accès de fièvre simulant l'accès palustre.

Les deux tibias sont tuméfiés et ne présentent plus la saillie de leurs

arêtes. Le front est plus saillant qu'autrefois, ce qui est attribué par la malade au travail morbide de l'os lui-même, depuis longtemps douloureux.

Les cheveux sont rares, les sourcils et les cils nuls.

La voix est altérée, la nutrition compromise. Tel est le présent. Voici le passé :

Mme veuve F..., en 1866, s'aperçoit de la présence d'un bouton ulcéré sur l'une des petites lèvres. Peu après, le gosier s'affecte et se remplit, ainsi que la bouche, d'ulcérations et de lésions diverses qui l'obligent à recourir aux médecins.

Dans le courant de la même année, des éruptions rouges, fugaces se montrèrent à la peau. En 1867, naissent des gommes frontales et des pustules d'ecthyma à l'épaule.

De 1866 à 1869, elle a trois enfants, tous les trois mort-nés; son mari lui est enlevé par une maladie aiguë, probablement pulmonaire. En 1866, elle est mise aux pilules de Ricord, dont elle absorbe quatre boîtes, en 1867, au sirop de Gibert, dont elle prend une cuillerée à soupe tous les matins, pendant trois mois.

Entre temps, elle prend des bains de sublimé. Toutes ses ressources passent en frais de médicaments.

En 1868 et 1869, les accidents s'amendent et, se croyant guérie, elle assiste impassible à la chute de ses cheveux, de ses cils, de ses sourcils et au début des douleurs osseuses.

En 1870, elle entre à l'hôpital Saint-André, y séjourne trois mois et est traitée par la liqueur Van-Swiéten, l'iodure de potassium et alternativement par les bains sulfureux et les bains au sublimé. Elle sort améliorée.

En 1871, toujours se soignant en ville, elle est prise de stomatite ulcéreuse intense par abus de mercure, et revient à l'hôpital Saint-André.

En 1872, 1873 et 1874, elle passe par des alternatives de bien et de mal, courant les consultations gratuites des diverses Sociétés médicales et consultant un grand nombre de médecins, toujours traitée par les mercuriaux sous des formes variées et l'iodure de potassium à hautes doses. La pauvre femme menait de front son traitement et sa cuisine. Après chaque séjour à l'hôpital, elle retrouvait une place et retournait à ses fourneaux.

En 1875, je la retrouve à Saint-André, dans l'état décrit au début de cette observation. Les toniques, les bains sulfureux, les bains au sublimé, puis les bains de vapeur suivis de douches, l'iodure de potassium à doses modérées, vu l'état cachectique, modifièrent lentement les lésions locales et son état général. Les douleurs ostéocopes cédèrent. Vers la fin de juillet, l'Administration des hôpitaux l'envoya à Luchon. Elle revint améliorée, mais pour peu de temps.

Pendant l'hiver de 1876, les ecthymas, les ulcérations frontales, les douleurs osseuses récidivent; l'état général redevient mauvais. Ses pauvres ressources s'opposent à l'application d'un traitement complet. Elle se traîne ainsi jusqu'à l'été, entre l'iodure et le quinquina.

L'été venu, j'obtiens de la générosité de l'Administration municipale son envoi à Luchon, d'où elle revient améliorée, mais moins qu'en 1875. Enfin,

toujours cuisinière, toujours s'administrant du quinquina et de l'iodure de potassium, Mme veuve F... refuse de suivre, à l'hôpital, le traitement que je lui propose (la nourriture de l'hôpital lui faisait peur). En juillet 1877, troisième voyage à Luchon, aux frais de la Mairie de Bordeaux.

Je revois ma malade le 4 septembre 1877, à son retour des Pyrénées, et la trouve notablement améliorée.

L'état général est bon, les ulcérations diverses se sont cicatrisées. Un érysipèle de la tête et de la face, survenu à Luchon, n'a pas été étranger à l'amélioration des ulcérations serpigineuses du front. Les douleurs ostéocopes n'existent plus. Seule, une névralgie du trifacial gauche tourmente encore ma malade, mais la quinine en vient facilement à bout.

Le traitement a consisté, à l'extérieur en bains de la station et à l'intérieur en quinquina et iodure de potassium. Je reprends bon espoir. Aujourd'hui, en 1878, Mme veuve F... reste dans un état aussi voisin de la guérison que de la cachexie, en ce sens qu'elle perd chaque jour le mieux gagné à Luchon et que si les lésions locales et les altérations ultimes de la syphylis paraissent avoir atteint une période d'arrêt, l'état général, par contre, s'aggrave visiblement.

Enfin, en septembre 1878, au moment de livrer cette observation au public, Mme F... vient me voir. La mairie de Bordeaux lui a encore facilité les moyens d'aller aux Pyrénées.

Cette fois-ci, l'amélioration est très-sérieuse. La peau et les muqueuses sont nettes et l'état général très-satisfaisant. Je suis convaincu qu'elle guérira.

Il s'agit bien ici d'une syphylis intense, régulièrement arrivée à son dernier stade, que le mercure et l'iodure de potassium n'ont certainement pas guérie. Je n'entends en aucune manière mettre en cause l'heureuse influence de l'iodure contre les accidents tertiaires. J'insiste sur ce point. Dans cette histoire longue et complexe, ce qui ressort des moyens employés, c'est principalement l'efficacité des traitements autres que le mercuriel. Des deux médications suivies, la première l'iodo-mercurielle, plus constante, semble s'opposer à de nouvelles lésions et rendre le mal stationnaire, en l'immobilisant aux confins de la cachexie; la deuxième, plus rarement employée, relève sensiblement l'état général et amène dans les manifestations spécifiques, une amélioration bien marquée qui, provisoire d'abord, tendà, l'heure actuelle, à devenir permanente. Je fais remarquer que le mercure, donné largement, n'a pas guéri d'abord la syphylis, et ensuite que le mal en est à sa onzième

année. Il est légitime de conclure à l'impuissance du mercure, employé exclusivement et aussi au ralentissement de l'évolution morbide qu'il est destiné à combattre.

En regard de ce point de vue, les heureux résultats obtenus par le traitement thermal si court et les excitations trop rares de la peau et des muqueuses, m'autorisent à croire que, si cette voie thérapeutique eût été plus exclusivement suivie, Mme veuve F... eût pu arriver bien plus tôt à la guérison.

Je crois même, à l'heure présente, malgré l'âge avancé de la maladie et le délabrement antérieur de la santé générale, Mme veuve F... tout à fait guérissable, à la condition rigoureuse du traitement tonique et *dépuratif* que je conseille.

Un cas de demi-succès si longtemps attendu, comme celui-ci, est un enseignement pour l'observateur.

Observation V.

Mme de B..., trente-sept ans, grande, forte, peu intelligente, demande mes soins en 1869 et me montre des plaques de vive rougeur, sur la voile du palais, des ulcérations superficielles à bords découpés sur les amygdales et la voûte palatine, une tumeur dure, élastique, grosse comme une petite noisette sur l'aile gauche du nez, enfin une tumeur dure, osseuse, indolore, du volume d'un œuf de pigeon, au milieu du front. Cette dernière grosseur, à la pression, devient le siége d'une douleur sourde; pendant la nuit, les douleurs du front et de la grosseur sont spontanées, et interdisent tout sommeil.

La voix est éraillée et voilée; si je ne connaissais Mme de B..., je la croirais adonnée à l'ivrognerie.

Pas de toux, pas de fièvre, rien de morbide à l'auscultation.

Je ne puis remonter à l'accident primitif, ni m'assurer d'un peu de précision dans les dates d'apparition des lésions constatées. D'ailleurs, la présence habituelle de M. de B..., à chacune de mes visites et la discrétion commandée au médecin, pour ne pas éveiller de soupçons et s'exposer à troubler un ménage, m'imposent la plus grande réserve. Je n'insiste donc pas.

J'administre le sublimé en pilules, trois millig. par jour, pendant un mois, suivi d'un mois de repos, et je recommence pendant le même temps. Tous les soirs, je prescris deux grammes d'iodure de potassium.

D'abord, l'aile du nez se dégage de sa disgracieuse noisette et, plus tardivement, disparaissent et la tumeur et les douleurs nocturnes du front.

Je fais part de mes craintes de récidive et, pour compléter le traitement et parfaire la guérison, je conseille les bains de vapeur suivis de douches, les bains sulfureux, les purgatifs hebdomadaires, pour mettre en branle l'activité de la peau et des muqueuses. Tout cela est repoussé et renvoyé à plus tard.

En général, le médecin s'intéresse peu aux malades qui ne s'intéressent pas à eux-mêmes.

Je ne reviens plus. Au printemps de 1870, je suis rappelé. La tumeur frontale est revenue; la voix est plus rauque. Une éruption discrète, papuleuse, d'un jaune-bistre, sans prurit, s'est fait jour à la peau. Le gosier et la bouche sont indemnes de tout mal. Je prescris l'iodure de potassium et le mercure et insiste énergiquement sur le traitement de fond, déjà repoussé. Ce qui guérit vite les manifestations les plus apparentes, obtient la préférence. Je n'ai pas le pouvoir d'appliquer ce que je regarde comme un complément nécessaire, ni même d'en parler à mon aise. Cependant, je suis émerveillé de voir se dissoudre, lentement il est vrai (trois mois), la tumeur du front.

Après diverses alternatives de mieux, de récidives et un long emploi du traitement déjà prescrit et sans que la syphylis ait dépassé les lésions précédentes ou envahi de nouvelles places, je retrouve ma malade, en 1876, en proie à un état cachectique fébrile, imitant les fièvres rémittentes. Le sulfate de quinine échoue; je donne des toniques et renouvelle mes instances vainement et me retire.

En 1877, je suis prié de revenir. Mme de B... se plaint de douleurs névralgiques dans les membres et surtout dans la tête, pendant la nuit. Ce qui a particulièrement déterminé mon rappel est un vertige subit, rapidement suivi de chute et de perte de connaissance. Je prescris l'iodure à hautes doses, qui détermine un mieux notable. Je donne à opter entre l'envoi à Luchon ou le traitement de fond déjà indiqué avec opiniâtreté. Mme de B... me promet d'être fidèle à mes conseils; la guérison des douleurs nocturnes confirmée, et l'été venu, on laisse protester la parole donnée. Je me fâche et ne reviens plus. Depuis l'été de 1877, j'ai perdu ma malade de vue.

Ici, malgré la persévérance du traitement mercuriel, il est facile de constater la puissance de récidive de la syphylis. Depuis huit années, si des accidents plus profonds n'ont apparu que très-lentement, l'état général est devenu plus mauvais. Le mercure, l'iodure révèlent bien leur pouvoir considérable contre les indurations

périostiques, les ostéites et les indurations cellulaires, mais ne prouvent rien, quant à leur puissance d'extinction sur la syphylis, comme le démontre la série des inévitables recommencements que j'ai observée.

Ai-je besoin d'ajouter que la médication employée étant insuffisante pour amener une cure certaine, il fallait nécessairement un traitement complémentaire, dont la peau et les muqueuses eussent fait tous les frais.

Je puis classer cette syphylis dans la classe des syphylis fortes. Comme Diday, il est permis de dire que le rôle du mercure n'est, ici, que *curatif du mal réalisé et non préventif du mal à venir.*

Observation VI.

M. L. A..., négociant, âgé de vingt-sept ans, natif des landes de la Gironde, maigre, robuste, est atteint, en 1871, au mois de juin, d'un chancre à la verge, fortement induré. Trente-six jours après, les accidents secondaires apparaissent, avec un caractère de confluence et d'acuité, que j'ai rarement vu. Le pharynx, le voile du palais, les piliers, les amygdales, la paroi interne des joues, les côtés de la langue, sont envahis par une rougeur générale, intense, et parsemés de plaques muqueuses à fond grisâtre, en grand nombre. La chaîne des ganglions sous-maxillaires est indurée, tuméfiée et douloureuse. Peu après, sur la poitrine, se fait jour une éruption discrète, de peu de durée, de taches de roséole.

Je prescris le traitement suivant : trois milligrammes de sublimé par jour, pendant un mois; je renouvelle ce traitement deux mois encore, avec deux intervalles de repos de quinze jours. Tout disparaît et je n'ai pas à déplorer la moindre stomatite.

Mon malade se croit guéri; je lui persuade que ce n'est là qu'une apparence. Devant les craintes de récidive ou d'aggravation que je manifeste pour l'avenir, M. L. A... se soumet religieusement, du mois de mai à la mi-septembre 1872, au traitement dépuratif, déjà décrit. Je n'eus pas besoin d'employer l'iodure, car le mal s'est arrêté au début des accidents secondaires. Depuis, M. L. A... est très-bien portant et n'a plus revu aucune manifestation syphylitique.

Observation VII

M. L..., trente et un ans, négociant en résines, offre un historique médical presque identique au précédent. Je le vois en 1872. La syphylis qui s'annonçait forte, atténue par degrés ses manifestations premières, et, à la période secondaire, j'administre le sel mercuriel.

Le traitement complémentaire est appliqué pendant trois mois avec une rigoureuse exactitude. Voilà six ans écoulés et rien n'est survenu depuis. Nous sommes en 1878, mon malade s'est marié, est père d'un bel enfant et jouit d'une santé florissante.

C'est avec intention que je rapproche ces deux observations. Mes deux malades, à peu près du même âge, robustes tous les deux, atteints de syphylis caractérisée par une forte induration du chancre initial, par la précoce apparition et l'abondance de plaques muqueuses bucco-pharyngiennes et le gonflement des ganglions sous-maxillaires, se soumettent à un traitement identique, sauf dans la durée, et en tirent les mêmes résultats favorables.

Dans ces deux cas, la forte induration du chancre, la précocité des accidents cutanés et muqueux, leur confluence, ainsi que le retentissement ganglionnaire extrême qui en fut la suite, tout me portait à croire à des syphylis intenses.

Faut-il considérer ces symptômes comme non avenus et inutiles pour la diagnose des variétés de syphylis, ou simplement voir dans le traitement lui-même la cause directe de l'apparente bénignité du mal? L'expérience a prononcé, et il est admis que les syphylis sont intenses quand elles sont négligées ou implantées sur un organisme peu résistant ou déjà malade. Je m'arrête donc au dernier point de vue, au traitement lui-même. Je me demande s'il est possible d'attribuer ces deux guérisons à l'un des deux traitements, à l'exclusion de l'autre, ou aux deux à la fois. Il faudrait d'abord affirmer que trois mois et même deux mois de traitement mercuriel suffisent à eux seuls à pallier et guérir une syphylis forte, ce qui est loin d'être démontré pour une syphylis de moyenne intensité. Les cas

sont aujourd'hui bien nombreux dans lesquels le mercure n'a pas empêché l'envahissement ou la récidive, et pas un clinicien ne s'engagerait à guérir, après trois mois de semblable médication.

Sans faire léonine la part du traitement de fond que je préconise, je n'hésite pas à lui accorder la plus large influence, tout en concédant que le temps d'arrêt provoqué dans la marche des accidents par le mercure, quand il se produit, peut n'être pas inutile à l'action éliminatrice du second traitement.

Observation VIII.

M. H. B .., bottier, tempérament lymphatique, âgé de dix-huit ans, me présente, à la fin de 1866, un chancre induré à la verge. Deux mois après, je constate des plaques muqueuses du voile du palais, des amygdales, des côtés de la langue et des deux commissures labiales. Un peu plus tard, des accidents de même genre bordent la marge de l'anus. Les ganglions sous-maxillaires et sous-mentonniers sont indurés et tuméfiés. Entre temps, roséole intense, généralisée sur tout le corps. La marche du mal me paraît rapide. En mai 1877, l'œil droit est atteint d'iritis. Deux condylômes se développent, l'un sur la petite circonférence, l'autre émerge du milieu du segment inférieur de l'iris. Tous deux tranchent, par leur coloration d'un jaune-clair sur le fond sombre de l'iris et de la pupille. L'iris change de couleur et passe du châtain foncé au châtain clair.

C'est à cet accident que s'arrête le processus virulent. Le calomel lutte victorieusement contre l'iritis. En moins d'un mois, les condylômes disparaissent, l'iritis se guérit; seule la différence de coloration persiste.

M. H. B... a, pendant trois mois, absorbé tous les jours deux milligrammes de sublimé en pilules. Cette médication, parfaitement tolérée en raison de la modération dans les doses, a été suivie avec exactitude et complétée par l'administration de bains de vapeur, de bains sulfureux et de purgations réitérées pendant trois mois. Il n'y eut, au début de la deuxième partie du traitement, qu'une interruption pour les soins exigés par l'iritis.

Voilà douze ans bientôt que ces faits ont eu lieu.

Aujourd'hui (1878), mon malade marié et père de famille, se porte très-bien et n'a présenté aucun retour offensif du mal syphylitique. Je le considère comme absolument guéri.

Je signale dans cette observation les faits suivants : trois mois d'un traitement mercuriel (2 milligr. par jour) n'ont pas empêché la production d'un iritis; le calomel a agi vite et bien dans cette lésion; le summum d'évolution syphylitique s'est arrêté là; le temps écoulé, douze ans, et la santé constamment bonne de mon malade et de sa famille, confirment la guérison.

Il n'est pas possible de prétendre que le traitement mercuriel est seul cause de la guérison, puisque l'iritis ne venait que trop bien démontrer l'action continue du virus. Cet accident passé, je n'ai plus employé que le traitement général, balnéaire, les purgatifs et les toniques. Il faut bien reconnaître l'incontestable efficacité de la deuxième partie de la médication.

Observation IX.

M. H. de B..., quarante-deux ans, rentier, passe son existence à voyager, a eu un chancre induré il y a sept ans (1871). Il s'est fait soigner dans plusieurs villes, en particulier à Paris et à Bordeaux, ainsi que dans son lieu natal. C'est un homme du meilleur monde, élégant, méticuleux, poussant jusqu'à la minutie les petits soins de sa personne; d'ailleurs, observant sérieusement les conseils des médecins.

Depuis six ans, il est en proie à de nombreux accidents syphylitiques. Quand je le vois, il est à une période avancée; je constate en même temps que des gommes suppurées du scrotum gauche, un testicule syphylitique d'un côté; de l'autre, un commencement d'induration testiculaire. En outre, un état fébrile permanent se superpose à l'allanguissement des fonctions nutritives.

Sauf un séjour aux bains de mer, qui lui a été plutôt nuisible qu'utile, et une saison à Aix-la-Chapelle, où il a vécu plutôt en touriste qu'en malade, M. H. de B... n'a suivi aucun autre traitement que le mercuriel. Cela lui était plus commode pour obéir à sa passion de déplacement. A la lecture des ordonnances antérieures qu'il porte soigneusement sur lui, dans son portefeuille, je vérifie et la nature et la durée de la médication suivie. Le proto-iodure, le sublimé, l'iodure de potassium ont été employés, tantôt isolés, tantôt réunis. J'acquiers la conviction que le traite-

ment hydrargyrique a au minimum duré dix-huit mois, par séries interrompues de deux à trois mois.

En 1874, M. H. de B..., de passage à Bordeaux, me consulte. Je lui conseille le traitement de fond, en outre du traitement iodo-mercuriel commencé.

Mais comment voyager et prendre des bains de vapeur, des douches, des bains sulfureux, se purger, etc., etc.? Le malade y renonce, et préfère, malgré mon insistance, la médication interne.

En 1875, je reçois une lettre de lui; il me fait part de ses craintes au sujet de ses testicules malades. Je réitère, en lui répondant, mes premiers conseils et n'entend plus parler de lui qu'au commencement de 1876.

A cette époque, M. H. de B... s'arrête sérieusement à Bordeaux et vient me voir. J'apprends les alternatives fréquentes d'amélioration et de récidive, entre lesquelles son état local a oscillé. Chaque fois qu'il en a fait usage, le traitement ioduré et même le mercuriel lui ont été utiles, mais provisoirement.

A l'heure actuelle, le testicule gauche est très-tuméfié et indolore. Sa surface est bosselée. Une ulcération large, à base indurée, à fond grisâtre, à bords déchiquetés, siége sur le scrotum gauche. Le cordon, du même côté, paraît lui-même induré et, de plus, douloureux. L'augmentation de poids et de volume de l'organe atteint a nécessité l'usage du suspensoir. Un seul point du testicule droit paraît induré. La continuité du traitement et de la maladie ont doublement délabré l'économie.

Pendant trois mois, M. H. de B... suit ponctuellement mes conseils. Je prescris le sirop de Gibert, une cuillerée par jour, et mon traitement de prédilection.

Au bout d'un mois, je m'aperçois que les deux traitements combinés n'agissent que très-peu. La résolution du testicule n'a pas fait un pas; la plaie scrotale est stationnaire. Il y a là une inconnue qui ne tarde pas à se dégager. En effet, à certaines hésitations de la parole, aux tremblements des lèvres, je soupçonne mon malade de boire plus qu'il ne convient

Renseignements pris, je n'avais que trop raison. La vie de touriste arrêtée, M. H. de B..., conduit par le désœuvrement au café, lieu de rencontre de quelques amis, y passe la plus grande partie de ses journées. Sans jamais atteindre l'ivresse, il boit bitter, vermouth, absinthe, bière et diverses liqueurs, et finalement entre dans ce cercle d'inappétence et de soif immodérée, premier degré de l'alcoolisme, plus commun qu'on ne croit chez les gens du monde. En outre, il fume et beaucoup, ce qui n'est pas fait pour augmenter l'appétit. A la période des aveux, M. H. de B... me dit qu'à tous les arrêts de ses voyages, il a toujours agi ainsi. Je puis donc faire remonter cet état à une date déjà très-ancienne.

Hardiment, pour l'impressionner, je lui certifie qu'il ne guérira jamais, s'il continue. Je lui fais une belle peur et frappe son imagination excitable par le tableau, chargé à plaisir, des accidents ultimes de la syphylis compliquée d'alcoolisme et de sa fin inévitablement prochaine.

M. H. de B... renonce à ses habitudes; à partir de ce jour, pendant deux mois, il suit mon traitement avec rigueur. J'ai la satisfaction, dans ce court espace de temps, d'assister, d'abord, à la cicatrisation complète de la gomme scrotale, et ensuite, ce qui est surprenant de rapidité, à la résolution du testicule. La santé générale s'est relevée, le visage est devenu rose, l'appétit vif.

M. H. de B... me quitte, après promesse sérieuse de recommencer pendant deux mois le traitement balnéaire et purgatif déjà suivi et de le terminer par une saison à Luchon. Pour surcroît de garanties et en attendant, je lui conseille le sirop d'iodure de potassium. Il voyage encore et ne l'ai plus revu.

Je ne donne pas cette observation comme exemple de guérison complète. Ce malade a encore besoin de l'épreuve du temps et du traitement déjà employé, pour se dire guéri. Quelques points de son histoire me paraissent intéressants.

L'amélioration a été rapide depuis le traitement complémentaire, ce qui me rassure pour l'avenir.

Le mercure seul, employé très-longtemps, n'a guère produit de résultats durables. C'est là l'effet le plus ordinaire de ce métal dans les syphylis intenses. Pour être équitable, il ne faut pas seulement accuser l'insuffisante spécificité du mercure. L'alcoolisme peut prendre sa part dans l'inefficacité du traitement.

Il n'en reste pas moins ce fait, ici très-évident, d'un long traitement mercuriel qui a immobilisé, mais pas guéri la maladie.

Qu'il me soit permis de faire une digression qui se rattache au sujet qui nous occupe, au moins par le malade. Je trouve que les habitudes d'alcoolisme, chez les syphylitiques, se rapprochent beaucoup, au point de vue clinique, de ce que l'on voit chez les saturnins adonnés aux boissons spiritueuses. Il est très-difficile, sinon impossible, d'éliminer le plomb de l'organisme des saturnins alcooliques. Je constate cette difficile élimination depuis sept ans, dans une importante fabrique de minium dont j'ai la direction hygiénique et médicale.

Sans pouvoir démontrer absolument la raison de l'inefficacité des traitements éliminateurs, dans ces deux cas, je pense, cependant, que

le trouble apporté dans les fonctions digestives et nerveuses par l'alcool, nuit aux fonctions d'absortion et d'élimination. Il y a longtemps, qu'à l'appui de cette idée, je remarque l'état de sécheresse de la peau des alcooliques, la pauvreté de leurs secrétions muqueuses et l'exaltation presque exclusive de leurs fonctions rénales, sans parler de l'excitation cérébro-spinale.

Observation X.

M. le comte de B..., belge, vingt-cinq ans, vient se fixer à Arcachon et me fait appeler dans l'été de 1867. Il me présente le pharynx, les amygdales, la voûte palatine, la paroi interne des joues, littéralement couverts de plaques muqueuses. La base de la luette et deux points du palais sont profondément ulcérés et menacés de perforation prochaine.

Ce jeune homme ne peut fixer la date du chancre initial avec précision; il le fait remonter à une date variant entre deux ou trois ans. Il affirme que l'ulcération de la verge a été très-longue à guérir et que l'induration était très-marquée.

Les accidents du pharynx et de la bouche se sont amendés à plusieurs reprises, sans disparaître complètement; mais voici une année, environ, qu'ils se sont aggravés et restent permanents.

Deux mois, M. de B... est allé à Aix-la-Chapelle, sans profit appréciable. Je suppose qu'il s'y est peu traité. La vie à grandes guides, les excès de tous genres, le plaisir à outrance, ont probablement annihilé l'effet des traitements. La santé générale, sous la double influence de l'inconduite et de la syphylis, s'est gravement altérée.

Cependant, comme reliquat des traitements anciens, il y a encore de la stomatite et de la salivation. La dentition est belle. Je suis dans le doute pour savoir si cet état de la bouche et du pharynx est dû à la syphylis ou à la sursaturation mercurielle. Depuis le début de son mal, mon malade n'aurait subi que le traitement mercuriel, sous forme de pilules de Ricord et de liqueur de Van-Swiéten, alternativement. Au nombre des boîtes de pilules et des flacons de liqueur de Van-Swiéten, nous arrêtons ensemble que la durée du traitement sérieusement suivi a duré dix-sept mois.

Je suspends la médication commencée. Je touche tous les deux jours les ulcérations avec la teinture d'iode ou l'acide chlorhydrique.

L'arsenic, le quinquina, les bains de mer chauds, puis l'hydrothérapie et une alimentation réparatrice, dont je bannis l'alcool, relèvent peu à peu

les forces du malade. Je le renvoie chez lui, après deux mois de traitement, guéri des lésions buccales, transformé dans son état général, mais assurément pas guéri de la syphylis. Il est, cependant, très-amélioré.

M. de B... regagne son pays, emportant avec les prémices de la guérison, les indications détaillées du traitement qu'il doit suivre et que je conseille de préférence à tout autre. Je ne l'ai plus revu.

Je cite cette observation comme un cas rare d'abus du mercure; en outre, il est facile d'y voir l'évolution syphylitique arrêtée à un seul ordre d'accidents, osciller depuis au moins deux ans entre l'amélioration et la récidive, sans jamais dépasser le niveau atteint.

Le changement rapide et profond dans la santé générale, la guérison des lésions bucco-pharyngiennes, le tout dû aux toniques et au traitement balnéaire, sont bien dignes de retenir l'attention.

Ici, comme dans l'observation précédente, mais à un degré moindre, j'accorde de l'importance à la proscription des habitudes de l'alcoolisme insidieux des gens bien élevés.

Je crois à la guérison totale de M. de B..., soit par les toniques seuls et, en cas d'insuffisance de ces moyens, par le traitement de fond, dont je lui ai donné les détails par écrit.

En accordant au lieu de trois années, deux années seulement, depuis le chancre, n'y a-t-il pas lieu de s'étonner de l'immobilisation, pour ne pas dire du retard, dans cette évolution syphylitique?

Observation XI.

Maguerite C..., robuste Béarnaise, fille-mère, cuisinière, perd son enfant en nourrice, aux environs de Bordeaux, d'une éruption de gros boutons *en forme de cloches* et vers l'âge de trois mois. Elle me consulte dans l'automne de 1873.

M. C.., a fait deux séjours à l'hôpital Saint-André et y a subi la médication mercurielle.

Depuis octobre 1873, jusqu'à aujourd'hui janvier 1878, M. C... s'est soumise à ma direction et vient me voir fréquemment. J'ai donc pu suivre assidûment cette malade et noter les péripéties de son mal.

A mon premier examen, je constate des plaques muqueuses aux amygdales, aux gencives, à la paroi interne des joues tout près des commissures labiales, de l'adénite sous-maxillaire. Cet état de la bouche, dure depuis un an, avec intervalles très-courts de guérison. Elle se souvient très-nettement d'avoir eu, il y a huit ou dix mois, deux éruptions de grandes plaques rouges disséminées sur tout le corps, en particulier sur le buste et qui ont rapidement disparu. La peau, les muscles, les os, ne présentent aucun indice de syphylis.

M. C... prend trois millig. de sublimé par jour, pendant trois mois, séparés par un mois intercalaire de repos et vient souvent se faire toucher ses ulcérations et ses plaqucs buccales avec le nitrate ou l'acide chlorhydrique fumant. Je renvoie à l'été suivant, le traitement de fond. Arrivé au mois de juin, ma malade, par insuffisance de ressources, ne peut se soumettre à mon traitement. J'obtiens son envoi à Luchon, de la générosité municipale. Elle revient très-améliorée. Avant son départ, j'avais suspendu toute médication interne, malgré le peu de mieux des lésions locales. L'action du mercure n'expliquait que trop bien, la persévérance de l'irritation de la bouche.

Dans l'hiver de 1874, une gomme frontale apparaît, puis disparaît, traitée par l'iodure de potassium et l'iodure de mercure, combinés dans le sirop de Gibert. Le virus continuait donc son action. Enfin, acceptant le minimum du traitement proposé, M. C... prend, avec constance, des séries de bains sulfureux et de bains de vapeur alternés, et se purge chaque semaine. En 1877 et 1878 j'ai occasion de la revoir, tout est rentré dans l'ordre, la bouche est saine, le gosier aussi, plus de gomme au front et je ne constate pas de lésion plus avancée. Je l'engage pendant plusieurs étés consécutivement à se soumettre aux bains de vapeur, aux douchcs et aux bains sulfureux, pour parfaire sa guérison.

Le mercure n'a point guéri cette syphylis, bien que donné *larga manu;* de plus, il me paraît l'avoir immobilisée dans les premiers accidents secondaires. Pour déterminer l'amélioration et amener la guérison, il a fallu Luchon, les bains de vapeur, les bains sulfureux et les purgations. Cela ne veut pas dire que, sans ces derniers moyens, cette fille n'eût pas guéri ; mais il est permis de croire qu'il eût fallu beaucoup de temps et une somme de bien-être et de confortable que ne possède pas une cuisinière.

———

Observation XII.

B. A..., ouvrier marbrier, quarante-huit ans, célibataire, me montre, en 1873, une éruption générale de taches cuivrées, sans prurit, des pustules plates à l'anus, des ulcérations tonsillaires et une adénite chronique sous-maxillaire, sous-occipitale et inguino-crurale. L'état général est mauvais.

M. B. A... fait remonter le chancre initial à l'âge de dix-huit ans, mais ne rattache pas l'état actuel à ce chancre si lointain; donc il y a trente ans, chancre au niveau du frein, induré, de guérison longue et difficile. Je constate en effet, à l'endroit indiqué, une cicatrice déprimée. Il y a là une perte de substance qu'explique facilement la rigueur du traitement local appliqué autrefois; des cautérisations vigoureuses et presque quotidiennes.

Il ne peut malheureusement me préciser la durée du traitement. Il a consommé plusieurs boîtes de pilules, des solutions possédant un très-mauvais goût; enfin il a eu de la salivation indubitablement mercurielle.

Le traitement interne avait commencé pendant le traitement local. Je recherche avec soin, mais vainement, si, à une date toute récente, il n'y aurait pas eu, quelque part, une nouvelle inoculation syphylitique. En 1872, les plaques muqueuses de la bouche étaient revenues sans être précédées de chancre à la verge, à l'anus ou à la bouche.

Il y aurait-il eu, depuis peu, réinoculation d'accidents secondaires, donnant naissance à des accidents de même ordre, localisés à la bouche ou aux amygdales? Je ne puis élucider le fait, malgré le plus minutieux examen.

J'apprends cependant que A. B... a le pharynx rouge et la bouche en mauvais état, presque tous les hivers, et qu'il se contente de gargarismes astringents qui l'améliorent. Ce qui tend vivement mon attention, est le fait suivant, très-remarqué par le malade lui-même : Depuis 1872 il a été obligé de quitter son atelier de marbrerie, parce qu'il ne peut marcher. Ses forces sont assez diminuées pour exiger l'aide d'une canne et lui rendre impossible son travail journalier. Cependant rien de visible aux jambes, ni exostose, ni périostite, ni gommes, ni fourmillements, ni atrophie, ni paralysie. Il n'existe pas de douleurs spontanées ou provoquées le long de la colonne vertébrale.

En réalité, il n'y a que de la faiblesse et un large développement de varices flexueuses et engorgées. Les premières voies sont dans un état saburral presque permanent, avec accompagnement d'inappétence et d'état fébrile dont l'exacerbation vespérale imite les fièvres palustres. Tel est l'état général en 1873, et le tableau sera complet, si nous y ajoutons les plaques anales, les ulcérations tonsillaires et l'éruption généralisée, maculeuse, ci-dessus mentionnée.

Pendant une courte absence, je confie mon malade à M. le Dr Métadier, qui assiste à l'éruption précitée.

Contre la fièvre à forme rémittente, le sulfate de quinine échoua.

En présence du délabrement général, je prescrivis le sublimé corrosif, à la dose de 1 millig. seulement par jour. En outre, je conseillai 0,50 centig. d'iodure, des bains sulfureux bi-quotidiens et du vin de quinquina.

Aujourd'hui en août 1877, A. B... est guéri ou plutôt blanchi. La bouche, le pharynx, l'anus, la peau sont revenus à l'état normal; la santé générale est raffermie.

A. B... est revenu à l'atelier; il lui a fallu près de trois ans pour être capable de reprendre son travail. Faute de ressources suffisantes A. B... n'a pu suivre le traitement de fond, que je conseille en pareil cas.

Si j'excepte quelques séries de bains sulfureux à intervalles trop éloignés, le traitement tonique seul et sept mois de traitement iodo-mercuriel, comme dessus, à petites doses, doivent revendiquer la meilleure part de l'amélioration.

Ce malade n'est assurément pas guéri ; j'imagine que le travail morbide du virus a été influencé de deux manières différentes et à deux périodes distinctes de cette longue période de trente années. D'abord le malade a bénéficié du traitement mercuriel employé au début, qui a déterminé un arrêt marqué de l'évolution syphylitique.

Ensuite, au commencement de la période secondaire, les accidents ont disparu pour longtemps, au point de simuler une guérison définitive. La profession du malade, très-fatigante, propre à augmenter la déperdition des muscles et les fonctions de la peau, a dû prolonger cet état de sommeil du processus virulent, commencer même un travail éliminateur probablement insuffisant pour guérir, mais capable d'empêcher toute progression du mal.

Plus tard, lorsque avec l'âge, avec la continuation de la fatigue dans la station verticale, l'énergie du travail a dû se ralentir et que les varices ont alourdi les jambes, des accidents sont revenus, les uns, d'ordre tertiaire, comme l'éruption; les autres, secondaires, comme les lésions anales, buccales et pharyngiennes.

Ralentissement de l'évolution syphylitique et traitement mercuriel, tels sont les deux faits saillants de cette observation.

Observation XIII.

L..., vingt-six ans, ex-cocher, soldat au 3me bataillon des mobiles de la Gironde et conducteur de la voiture d'ambulance, fait toute la campagne de 1870-1871, dans la Bourgogne et dans l'Est, passe en Suisse avec son corps et endure toutes les misères de cette terrible guerre, le froid, la faim et l'excès de fatigue.

Entré dur d'oreille au bataillon, au licenciement, il en sort complètement sourd. Au passage du Val de Travers il a contracté une bronchite qui ne l'a plus quitté.

Je le vois à la fin de 1871, pâle, amaigri, présentant, à l'auscultation, des craquements sous les deux clavicules, des râles sous-crépitants humides et de l'expiration prolongée et soufflante.

Il a de la fièvre le soir et peu de sueurs nocturnes.

Je lui conseille l'huile de morue, une potion calmante de la toux, dans laquelle de la teinture de digitale était destinée à réfréner le pouls, puis des granules arsenicaux, enfin une alimentation réparatrice; ce qui lui manquait absolument, car il était dans une profonde misère.

Je ne puis le faire entrer à l'hôpital qui lui inspire trop de répugnance. Je le revois un mois après; les tubercules ont envahi un plus large espace. Les deux sommets sont criblés de cavernules. L'état général est très-mauvais et la fièvre permanente.

A ce moment se déroule à mes yeux un autre tableau symptomatique. L... se plaint de douleurs nocturnes à la racine du nez et dans l'intérieur de la bouche. Entre les deux sourcils et jusqu'à la moitié du nez existent un gonflement notable, de la rougeur et de la chaleur. Dans la bouche je trouve une ulcération profonde de la voûte palatine, entourée d'exulcérations superficielles couvrant le palais, les amygdales et la base de la langue. La luette et les bords des piliers sont tuméfiés et œdémateux. L... est presque aphone, et dans les efforts de la voix, celle-ci est éraillée, procédant par transitions brusques d'une note basse à une note aiguë. Les amygdales sont énormes. Ce dernier détail remonte à l'enfance et serait, suivant le malade, la première cause de sa surdité.

L..., pressé de questions, m'avoue qu'autrefois, sans fixer de date, étant jeune, il avait eu un chancre à la verge, guéri de lui-même. Depuis, le mal à la gorge ne l'a presque plus quitté. A diverses reprises, son corps s'était couvert d'éruptions, tantôt en plaques rouges disséminées, tantôt en gros boutons difficiles à guérir et dont il portait encore quelques traces brunâtres.

Il avait été soigné; ses dépenses en médicaments avaient été considérables; M. Venot père l'avait soigné pendant plusieurs mois. Ses souvenirs, sur la médication suivie, sont peu précis et son état de fièvre et de

fatigue m'empêche de pousser plus loin cet examen rétrospectif. Je l'envoie à l'hôpital qu'il quitte bientôt, pour y revenir. C'est là que je le retrouve, dans un état déplorable. Le palais est perforé, la racine du nez est ulcérée et, par son ouverture fistuleuse, s'échappent, par fragments cariés, les os carrés du nez. L'air inspiré et expiré siffle par ce passage et entraîne avec lui du pus fétide et des débris de tissu osseux et cellulaire. L'unguis, le canal osseux nasal participent au gonflemment, à la nécrose. L'envahissement tuberculeux des deux poumons progresse rapidement, pendant que la syphylis suit sa marche. En peu de jours, L... est emporté dans la fièvre, le délire et l'état typhique le plus prononcé.

Au début, l'huile de morue, l'arsenic; plus tard la digitale pour diminuer l'état fébrile, puis concurremment 2 millig. de sublimé et 0,50 centig. d'iodure de potassium, ne purent amener aucune détente dans l'acuité de cette double évolution et déterminer un de ces moments d'arrêt donnant prise à plus efficace médication.

Je relate cette observation, pour signaler la marche rapide de la syphylis chez les tuberculeux, c'est-à-dire le coup de fouet que donne à l'évolution du mal syphylitique, l'affaiblissement général de l'organisme, ce qui légitime bien la nécessité des toniques, comme base du traitement.

Cependant, il est permis d'élever quelques doutes sur cette tuberculisation, car il est possible que les lésions pulmonaires soient aussi bien le fait de la tuberculose que de la syphylis. Peut-être est-ce une simple phthisie syphylitique?

Si la nécropsie de L... avait pu être faite, peut-être eût-elle levé tous les doutes?

Seule ou associée à la syphylis, la tuberculose ne me paraît ici qu'une conséquence lointaine de l'état antérieur et des fatigues récentes de la campagne de France.

Je pense que le froid excessif de l'hiver 1870-1871, sévissant d'une façon continue et jamais suivi de réactions suffisantes, a troublé toutes les fonctions de L..., en particulier celles de la peau, et facilité, par conséquent, le développement de la diathèse syphylitique et tuberculeuse.

Cette observation me fait penser à la gravité de la syphylis dans les pays froids et à la lenteur de sa guérison. Enfin, on peut opposer

ces deux modes d'action contraire et mieux comprendre leur mécanisme. D'une part, on voit le travail de la peau, excité par les bains sulfureux ou tout autre moyen, provoquer des éruptions particulières et amener la guérison; de l'autre, la misère physiologique engendrée par le froid, augmenter l'énergie, la gravité et la ténacité des manifestations de cette maladie constitutionnelle.

Pour en revenir au point spécial du mercure et de ses effets, je ne doute pas que L... n'ait été soigné au début, comme Venot père avait l'habitude de le faire, avec du proto-iodure ou du sublimé, ce qui n'a pas empêché L... d'arriver aux lésions ultimes, osseuses. Il y a eu certainement du retard dans la marche de l'affection, dont le début peut remonter à seize ou dix-sept ans et dont la période tertiaire a éclaté en 1871; ce qui donnerait une durée de neuf à dix ans. Je n'insiste pas d'ailleurs sur les progrès rapides de la dernière période qu'expliquent trop bien la misère et les tubercules.

L'enseignement qu'on peut tirer de cette observation est la quasi-impossibilité de trouver prise sur de pareils malades, dans les cas de double envahissement tuberculeux et syphylitique.

Enfin, je note, surtout, le retard de l'évolution syphylitique attribuable à la médication mercurielle.

Observation XIV.

L. B..., horloger, s'adresse à moi, en 1871, pour une plaie à la jambe, qui, soignée par lui-même, depuis trois mois, ne guérit pas. L'aspect grisâtre du fond, la base indurée formant un noyau olivaire sous-dermique, le liquide gommeux qui s'en échappe et la difficulté de la cicatrisation, m'amènent à diagnostiquer une gomme syphylitique. Ce que je trouve ailleurs me confirme dans cette opinion. La peau, en effet, me présente des macules cuivrées, à desquammation superficielle, sans

prurit. L'historique des antécédents vient encore à l'appui du diagnostic; L. B... a eu, il y a deux ans, des accidents bucco-pharyngiens, de l'adénie inguinale et, plus tard, sous-maxillaire. Tous ces symptômes ont disparu sous l'action du traitement classique.

Dès le début du mal, L. B... a suivi un traitement mercuriel, composé de pilules de Ricord et qui a duré deux mois. Quant au chancre initial supposé à la verge, le malade le nie absolument. Je ne fais aucune difficulté de penser à un chancre buccal.

Cependant, L. B... ne m'eût fait appeler, sans des vertiges, des syncopes subites, des convulsions et des douleurs de tête, qui portèrent au comble l'inquiétude des siens.

La gomme de la jambe disparaît, traitée par la compression à l'extérieur et le sublimé à l'intérieur (2 millig.). Les phénomènes nerveux s'amendent par l'iodure de potassium. L'été venu, j'envoie L. B... à Luchon et, à son retour, je le soumets à l'hydrothérapie et aux toniques. A l'automne 1871, la santé générale est devenue parfaite, et l'année suivante, j'expédie encore mon malade à Luchon. Voilà sept ans, la guérison ne s'est pas démentie.

Dans ce cas, je n'ai administré le mercure que jusqu'à la résolution de la gomme. L'iodure de potassium ayant fait cesser la céphalalgie, les convulsions et les vertiges, je suspends son emploi et livre le malade à l'hydrothérapie et à l'action des bains de Luchon.

Je ne veux tirer de cette observation que deux remarques :

1° La rapidité de la marche de la syphylis, qui, en moins de deux ans, dépasse la gomme et arrive aux troubles nerveux ; je rapproche cette rapidité du retard habituel causé par le traitement mercuriel qui, à la vérité, n'a été employé que pendant deux mois;

2° L'amélioration, et je crois pouvoir dire la guérison, par le traitement tonique et particulièrement excitateur de la peau.

Il faut noter que ce malade était naturellement anémique et sa profession tout à fait sédentaire (horloger), mauvaises conditions générales pour la guérison. J'ajoute que la syphylis était intense.

Aujourd'hui, en 1878, M. L... jouit d'une parfaite santé. Il est père de famille et ses enfants sont bien portants.

Observation XV.

M. R. B..., maître cordonnier, vient me consulter pour un mal de gorge, auquel il n'attachait aucune importance. Après examen, je constate des plaques muqueuses dont une très-grande, ovalaire, siège sur le pilier antérieur gauche, et des ulcérations superficielles de la langue à son milieu et sur son bord gauche. Les ganglions sous-maxillaires étaient tuméfiés et douloureux. C'était en mars 1875. J'interroge et j'apprends que M. R. B... a eu un chancre sur le frein, il y a trois mois et dont la trace est encore visible.

La surprise de ce syphylisé, sans le savoir, fut grande d'apprendre la relation de cause à effet entre ces deux ordres d'accidents; mais le chagrin s'en mêla, quand le pauvre garçon dut renoncer, pour le moment, à son mariage très-prochain.

Ce dernier sentiment lui fut utile, car il explique la rigueur déployée à suivre exactement la médication conseillée et ses heureux résultats.

Comme j'ai l'habitude de le faire, je prescrivis 2 millig. de sublimé par jour, jusqu'à amendement des lésions de la bouche et de la langue; puis, sans attendre leur guérison, je soumis mon malade au traitement suivant:

1° Trois bains de vapeur par semaine, suivis de douches tempérées d'abord, froides plus tard;

2° Trois bains sulfureux, suivis de frictions sèches, énergiques.

Des raisons, tirées de la nature de son travail et des heures dont il pouvait disposer, m'empêchèrent de purger mon malade aussi souvent que je l'eusse voulu. En somme, M. R. B... consomma trente pilules de 2 millig. de sublimé, c'est-à-dire s'administra un mois de médication mercurielle, et pratiqua pendant trois mois le traitement balnéaire indiqué ci-dessus, mais en séparant chaque mois par un repos de quinze jours. Le traitement fut terminé vers le 17 ou le 18 août 1875.

A cette époque, interrogé pour savoir si je permettais le mariage projeté, j'eus quelques scrupules, me disant, *in petto,* qu'il manquait à la guérison de mon malade la sanction du temps. Cependant le processus virulent s'était arrêté aux déterminations buccales, guéries depuis les premiers jours d'avril, aucun autre accident ne s'était montré ni à la surface, ni dans les profondeurs. Je conseillai encore une série de bains sulfureux d'un mois, à titre de traitement probatoire et j'accordai le *dignus est intrare* du mariage. Ce fut, d'ailleurs, en vain, car, fatiguée d'attendre, la fiancée rompit avec lui et se maria avec un autre.

Aujourd'hui, février 1878, R. B... est toujours célibataire et bien guéri. Il vient me consulter de temps à autre et j'ai pu m'assurer que la syphylis ne l'a plus inquiété. J'ajoute que je regrette d'autant plus

d'avoir été si long à lui permettre le mariage, que, s'il est guéri de sa syphylis, il ne l'est pas encore de son ancien amour.

Il s'agit, ici, d'une syphylis d'intensité moyenne qui n'a pas eu le temps d'arriver aux accidents secondaires. J'ai soigné d'autres cordonniers syphylitiques, dont malheureusement je n'ai pas conservé les observations. Chez la plupart, j'ai constaté l'opiniâtreté de la syphylis et la difficulté de sa guérison. C'est à l'inobservation des règles élémentaires de l'hygiène, et en particulier, à l'immobilité et à la claustration, qu'il faut attribuer cette résistance.

Observation XVI.

M. P. M..., d'une santé robuste, est atteint, à vingt ans, d'un chancre induré de la verge. Cautérisé, excité par une médication intempestive, l'ulcération traînait en longueur et n'était pas guérie, quand apparurent les lésions buccales, et les taches roséoliques modérément confluentes.

M. P. M..., effrayé de tout ce qu'il avait entendu dire des suites possibles de la syphylis et encore plus de la médication mercurielle, part pour Aulus, et là se livre à une véritable exagération thérapeutique. Il prend jusqu'à vingt-deux verres d'eau d'Aulus, par jour, se purge et se superpurge, au point d'en être malade. Fatigué de ces excès de purgations, il se repose et reprend, à dose plus modérée, la médication de cette station.

La cure d'Aulus dura un mois et demi.

Voilà de cela, neuf années et, depuis, rien n'a démontré des retours de la syphylis.

P. M... s'est marié et a une petite fille charmante et bien portante.

Je tiens cette observation du malade lui-même, garçon intelligent, que je connais et qui se félicite tous les jours de sa détermination. Ici, point de traitement mercuriel, syphylis bien constatée, traitement exclusivement purgatif et guérison confirmée; fait, qui certainement démontre que la syphylis est justiciable de plusieurs modes de traitement. Cependant ce cas mérite d'être classé parmi les syphylis faibles, si j'en crois le retard des accidents secondaires.

Observation XVII.

M. M. G..., rentier, vingt ans, le 15 février 1877, me présente une plaie ulcéreuse de la joue gauche, ovalaire, d'un centimètre et demi de diamètre dans son grand axe, recouverte d'une croûte jaunâtre et reposant sur une base aréolaire, rouge, élevée et dure. Le ganglion sous-maxillaire, du même côté, est dur et tuméfié. Tous les topiques employés, depuis le cataplasme jusqu'au glycérolé d'amidon au calomel, restèrent sans résultats. Incertain sur la nature de ce mal et peu éclairé par mon malade qui en attribuait la cause à l'action d'un rasoir malpropre, je résolus d'attendre en surveillant de près. Mes doutes furent bientôt levés. En effet, quarante jours après le début de ce que je soupçonnais être un chancre cutané, je vis apparaître des plaques muqueuses des parois de la bouche, du voile du palais et d'une amygdale. Enfin les intervalles sains étaient émaillés de vésicules fines, transparentes qui, d'ordinaire, n'accompagnent pas le processus syphylitique.

Je dois dire que ce malade a, d'habitude, du pityriasis du cuir chevelu et que ces vésicules peuvent se rapporter aux manifestations possibles du tempérament herpétique. Toute la muqueuse bucco-pharyngienne est d'un rouge vif. Quelques taches de roséoles parurent à la partie antérieure de la poitrine.

Je pense que le rasoir n'était pas en question, et qu'il s'agissait d'un baiser ou d'une morsure d'une bouche impure, restés d'ailleurs inavoués.

Traitement : 2 millig. de sublimé par jour, pendant un mois. Là encore je pus constater la rapide résolution de l'induration chancreuse de la joue et aussi l'effacement des lésions buccales, sous l'influence du mercure. Quelques gargarismes à l'acide chlorhydrique aidèrent le traitement principal.

En effet, au milieu d'avril, mon malade eût pu se dire guéri, si ses cheveux, ses cils, ses sourcils et ses moustaches n'eussent commencé à tomber en abondance.

L'alopécie de la tête fut complète; en juillet, M. G... était par ce fait méconnaissable.

Dès le mois de mai, je conseillai à mon malade, le mercure étant terminé et ne voyant d'ailleurs, sauf l'alopécie aucun accident se produire, le traitement suivant :

1° Trois bains de vapeur par semaine, suivis d'une douche générale;

2° Trois bains sulfureux intercalaires;

3° Une purgation, avec sel de Sedlitz 50 gram. tous les dimanches au matin;

4° Toniques et alimentation très-substantielle.

Le traitement fut ponctuellement suivi en mai et juin et bien supporté. En juillet, je laisse reposer mon malade. En août, le traitement est repris.

En septembre, je me contente de douches générales froides et simplement toniques. A partir de juillet, les cheveux repoussent lentement et ne diffèrent des anciens que par une plus grande finesse et une coloration moins foncée. En novembre, tout le système pileux de la tête est revenu, comme autrefois. La santé générale sort de ce rude traitement, fortifiée.

Aujourd'hui, au moment où j'écris cette observation, en septembre 1878, mon malade est tout à fait bien portant et aucune lésion syphylitique n'a reparu.

Éclairé par l'expérience, je me suis contenté d'appliquer le mercure jusqu'à la guérison du chancre et des plaques muqueuses et ai profité du sommeil du processus, pour vigoureusement exciter les fonctions de la peau et des muqueuses, tout en fortifiant l'organisme. Je note que les accidents premiers ayant disparu, l'alopécie témoignait que le mal n'avait pas fini de suivre son cours, malgré un mois de traitement mercuriel.

Observation XVIII.

Cy..., garçon de magasin, célibataire, est atteint, à la fin de 1875, d'un chancre induré qu'il vient me montrer dans le mois de décembre. Cautérisé trop souvent par un pharmacien, ce chancre se refusait à cicatriser. Le simple repos, la pommade au calomel, en eurent assez vite raison. En même temps, la bouche et l'anus présentaient des ulcérations, et la poitrine était constellée de taches roséoliques. Cette syphylis me parut faible : je n'osai pas cependant faire de l'expectation et conseillai 2 millig. de sublimé, par jour, jusqu'à disparition des accidents de la bouche et de l'anus. J'aidai le traitement interne par des gargarismes à l'acide chlorhydrique, d'une part; de l'autre, par des cautérisations des plaques bordant la marge de l'anus et par la pommade au calomel. En moins d'un mois, Cy... était indemne de toute manifestation syphylitique.

Je lui prescrivis du quinquina et une alimentation très-azotée. Cy... a beaucoup de travail, remue des ballots de marchandises, fait des courses, emballe des marchandises, porte des fardeaux et mène une vie très-active. Il passe l'hiver, sans présenter de nouveaux accidents et, au mois d'avril 1876, je le soumets au traitement dont je lui avais parlé.

J'attribue le silence de trois mois, de la diathèse à l'énergie du travail, à l'excitation habituelle de la peau et aussi au mercure.

Avril, mai et une partie de juin 1876 sont consacrés au traitement de fond. Bains d'air chaud, à la lampe, suivis d'une lotion fraîche et d'une active promenade, deux fois par semaine; trois bains sulfureux par semaine, telles furent les conditions du traitement. Je n'eus pas besoin de recourir de nouveau aux sels mercuriels; je pus me passer de purgatifs, et aucune détermination tertiaire ne m'obligea à administrer l'iodure de potassium. Les accidents, en effet, s'étaient arrêtés aux lésions décrites et je tiens la guérison comme définitive. Je revois encore mon malade toujours célibataire. En 1878, au printemps, je m'assure de son parfait état de santé. La peau, les muqueuses, les muscles, les os, le système nerveux, les glanglions ne m'ont révélé aucune atteinte du mal.

A propos de ce cas, on peut se poser la question : Cette guérison est-elle le fait d'un mois de traitement mercuriel ou des deux mois et demi du traitement balnéaire décrit plus haut?

Je concède volontiers, à ce malade, la possibilité d'une guérison spontanée, comme cela se voit. Je ne veux pas trancher la question posée, parce qu'il est probable que les deux modes de traitement ont eu un effet convergent et contribué à la guérison pour leurs parts respectives. Il n'en est pas moins vrai qu'un traitement mercuriel d'un mois, à 2 millig. de sublimé par jour, pour les gens à système, est trop ou trop peu. En voyant les choses, sans esprit de parti, il n'est pas toujours permis d'attendre impunément que la syphylis s'aggrave, pour expérimenter, d'une façon exclusive, tel ou tel traitement. Il convient, ici, de remarquer le sommeil de l'évolution, par le traitement mercuriel, aussi bien que la consolidation de la guérison par le surplus du traitement. Je ne veux pas tirer d'autre conclusion.

Il n'est pas inutile de noter, en terminant, que cet homme robuste, appartient par sa profession, à la catégorie sociale des travailleurs, qui guérit peut-être le plus rapidement de la syphylis, tous soins égaux d'ailleurs.

Observations XIX et XX.

En avril 1868, je communiquai à la Société de Médecine de Bordeaux, oralement et sommairement, la double observation qui suit.

Les deux frères S..., natifs des Landes, très-robustes, employés de commerce, contractent la syphylis, à peu près à la même époque. Tous les deux réclament mes soins. Le premier, A..., après la cicatrisation de son chancre qui dura plus d'un mois, suivit avec docilité le traitement conseillé par moi, à l'époque d'apparition des plaques muqueuses du pharynx. Le second, B..., très-prévenu contre le mercure, refusa d'imiter son frère et attendit. A..., pendant neuf mois, se soumet au traitement mercuriel, sous forme de pilules de 0,05 centig. par jour, de proto-iodure, avec quelques périodes intercalaires de repos. Ceci se passait en 1859, j'étais alors élève en médecine et très-lié avec ces jeunes gens.

A mon retour de Paris, pendant les vacances, je revois mon malade et le retrouve dans un état fâcheux; les accidents consécutifs au chancre, sans disparaître complètement, avaient déjà fait place à des lésions plus avancées. Le pharynx ne guérissait pas et des taches papuleuses tigraient toute la poitrine et les jambes; en outre, une gomme, au mollet, venait d'affleurer à la peau et de s'y ouvrir. Le malade se plaignait de fièvre, de malaise général, de céphalée. Le proto-iodure, ce qui arrive souvent, avait déterminé de l'amaigrissement, de la pâleur et une opiniâtre gastralgie. Le pauvre garçon s'inquiétait justement.

Cependant, l'autre frère, le réfractaire à mes conseils, dont la syphylis paraissait moins intense, après avoir perdu du temps, voyant d'ailleurs des pustules d'ecthyma sur ses jambes, résolut de se soigner. Il se remit aux mains de M. le Dr D..., qui dirigeait alors à Bordeaux, rue Répond, une maison de santé.

Aux vacances suivantes, je retrouve mes deux amis dans un état des plus satisfaisants.

A..., soigné par moi, fatigué de ne pas guérir, n'avait pas tardé à suivre l'exemple de B..., à se soumettre au traitement du Dr D...

Renseignements pris auprès des deux frères et d'autre source, j'apprends que le Dr D..., chef de cette maison de santé, avait une réputation assez grande et qui se propageait mystérieusement parmi les victimes de la syphylis. Il guérissait la vérole, et bon nombre de jeunes gens avaient eu recours à ses soins. Son traitement se composait de bains quotidiens à l'étuve sèche, de fumigations avec plantes aromatiques, de fumigations au cinabre, de purgatifs réitérés, et, enfin, ses pensionnaires avaient toujours bonne table et vins fins. Cette dernière partie était, disait-on, une qualité poussée à l'extrême.

En ce qui concerne les deux frères A... et B..., tout le traitement avait consisté en :

1° Un verre ou deux d'eau de Sedlitz, tous les matins ;

2° Un bain à l'étuve sèche, provoquant une abondante diaphorèse ;

2° Quelques fumigations au cinabre, mais en petit nombre ;

4° Toniques alimentaires.

A... suivit ce traitement un mois, B..., deux mois, et tous deux furent guéris, *absolument guéris,* comme on verra par la suite de cette observation.

Tous les deux furent singulièrement éprouvés par cette médication et considérablement amaigris.

A..., déjà traité par le mercure et qui avait une syphylis plus intense, fut le plus rapidement guéri. B... eut besoin d'un traitement deux fois plus long.

Enfin, voilà bientôt dix-huit ans que ces faits ont eu lieu. Les deux frères se sont mariés. A... est père de plusieurs enfants très-bien portants ; B... n'a pas d'enfants.

Tous les deux se portent à merveille, et, depuis leur sortie de la maison de santé du Dr D..., ils n'ont présenté aucun accident de nature syphylitique. Je puis donc, en toute sûreté de conscience, affirmer leur guérison. Cela m'est d'autant plus permis, que nos bonnes relations se sont continuées et que le contrôle m'a toujours été et m'est encore facile.

Je n'ai pas besoin de dire combien mon étonnement fut grand, en présence de ces deux faits. Je fus atteint dans mon amour-propre de jeune médecin — chose négligeable — mais surtout dans ma confiance au traitement classique de la syphylis, ce qui était plus sérieux. C'est sous l'empire de ce désenchantement que je communiquai cette histoire à la Société de Médecine.

Je fus donc amené à penser, bien qu'il m'en coutât, que le traitement de la syphylis ne devait pas se composer exclusivement de l'emploi des sels de mercure. Plus tard, je poursuivis l'étude de la part qui doit revenir au mercure et aux autres moyens, ci-dessus indiqués, dans le traitement.

J'y reviendrai.

CHAPITRE X

RÉFLEXIONS.

Nous ne sommes pas bien éloignés de l'époque classique, qui commandait l'administration du mercure, aussitôt après l'éclosion du chancre induré. Alors dès la première apparition de l'ulcération caractéristique de l'empoisonnement, l'organisme ,considéré comme infecté dans sa totalité, devient passible du traitement mercuriel. Cela est logique, étant admis comme un *à priori* indiscutable, que le mercure est le médicament héroïque, le destructeur du virus, éteignant sur place la syphylis, enfin, le spécifique indispensable. Cette opinion, autrefois généralement reçue, compte encore de rares défenseurs.

A l'absolutisme premier, succèdent bientôt des tempéraments.

Malgré l'administration hâtive du mercure, la syphylis n'en continue pas moins sa marche. Les accidents éruptifs de la peau et des muqueuses qui suivent le chancre persistent dans leur apparition. L'inutilité du mercure, contre ces premières poussées, est tellement marquée que les spécialistes d'abord et, après eux, la généralité du corps médical, arrivent insensiblement à n'employer la médication mercurielle qu'à la période des accidents secondaires. Tel fut le deuxième tempérament apporté à la médication mercurielle anti-syphylitique.

Plus tard, l'expérience montre des récidives fréquentes, malgré l'emploi du mercure, et à la période secondaire de la syphylis. L'évolution, un moment suspendue, témoigne, par de nouveaux accidents, de la permanence d'action de l'agent virulent. Les malades guéris ne le sont que provisoirement.

Ainsi dirigée, la cure mercurielle n'impose que des trèves plus ou moins longues, à la suite desquelles les hostilités recommencent.

Puis, viennent encore de plus grands mécomptes. Après des médications correctement dirigées, après des quatre, cinq et six mois de mercurialisation, des malades, indemnes de toute manifestation syphylitique, se croyant et se disant guéris, ne sont réellement que *blanchis*. Une période de silence s'établit quelquefois pour longtemps. Pleins de confiance dans l'état présent, le traitement est abandonné.

A la première occasion, plaie, diaphorèse abondante, refroidissement, excès de table ou de danse, excitation des muqueuses, etc., surviennent brusquement ou insidieusement, des symptômes qui réveillent les syphylisés de cette sécurité trompeuse. Évidents ou voilés, reconnus de prime abord ou confondus avec des états morbides de nature différente, ces symptômes révèlent bientôt leur caractère spécial et ne prouvent que trop la persévérante continuité d'action de l'agent syphylitique. Alors, dans le monde médical, le problème est serré de plus près. On finit par où on devait commencer, c'est-à-dire par l'observation méthodique de l'histoire naturelle de la syphylis.

On a même vu l'état apparent de la santé durer des années et des lésions extrêmement éloignées du chancre primitif apparaître et confondre ainsi toutes les idées théoriques généralement admises. C'est ce qui faisait dire à certains médecins que la syphylis était incurable. On voit, lorsque le traitement mercuriel a été prolongé et repris plusieurs fois avec intercalation de temps de repos nécessaire ; lorsque la médication sulfureuse a été renouvelée pour achever et parfaire les effets du mercure; lorsque la santé paraît parfaite depuis quatre, cinq, dix années et même davantage, les sujets être atteints de nouveau, sans nouvelle inoculation. Les lésions, autrefois disparues, se reproduisent, ou de nouvelles, plus profondes, apparaissent. Le mercure et l'iodure de potassium, surtout, sont mis en œuvre et amendent ou guérissent souvent provisoirement encore, ces tardives et inattendues manifestations. Il n'est pas de médecin qui n'ait assisté à pareil spectacle.

Que de fois nous sommes appelés pour des cas difficiles, à symptômes inquiétants, soit du côté du système nerveux central ou périphérique, soit du système osseux, soit des grands viscères.

Nous interrogeons ces malades et scrutons minutieusement leur existence passée. A l'origine, nous trouvons une ancienne syphylis correctement traitée par le mercure d'abord, l'iodure de potassium ensuite, pendant plusieurs mois, quelquefois plusieurs années, et à laquelle nous n'hésitons pas à faire remonter la cause des accidents actuels. Puis, notre diagnostic se vérifie par les bons effets du traitement spécifique de la période tertiaire. Ici, c'est une gomme pulmonaire, là une compression cérébrale ou cérébelleuse avec tout son cortége de vertiges, de chutes, de convulsions, de paralysies diverses, aisément confondus avec d'autres états morbides, etc., etc. Déjà l'ataxie locomotrice est suspectée d'être une atteinte lointaine du virus. Ces faits sont fréquents. Ils ne constituent pas, il est vrai, la majorité des cas de syphylis; ils sont cependant assez nombreux pour inquiéter l'esprit des médecins. Recueillis et médités, ils ouvrent la porte à de nombreuses réflexions, d'après lesquelles, d'ailleurs, le mercure, sans conserver son importance jadis prépondérante, ne cesse pas de jouer un rôle des plus honorables. Je m'en expliquerai plus loin.

C'est à propos de ces manifestations tardives de l'état syphylitique que l'École de Lyon, Diday en tête, vient proposer une troisième transaction avec les idées thérapeutiques autrefois reçues. Il n'est pas indifférent de se faire une opinion en pareille matière. La pratique journalière vient nous assaillir. Il faut un guide, il faut soigner, il faut guérir les syphylitiques, quelle que soit, d'ailleurs, notre pensée intime sur la nature et l'évolution du poison-virus. Sans affirmer qu'il en est toujours ainsi, il résulte cependant d'un grand nombre de cas que le mercure seul est impuissant à guérir la syphylis. J'entends guérir d'une façon certaine, irréfragable.

En l'état actuel, il y a désordre et confusion. Nous sommes à une époque de transition, et beaucoup d'esprits sont partagés entre le

mercurisme absolu de nos anciens, le *mercurisme* mitigé de l'École de Lyon et l'*anti-mercurisme* absolu. L'embarras est d'autant plus grand, que des hommes, jouissant de quelque autorité, ont affirmé l'incurabilité de la syphylis. En dehors de cette opinion, si facilement réfutable, les nécessités journalières de la pratique appellent une solution urgente à toutes ces questions.

Ne voyons-nous pas tous les jours des clients nous demander un avis favorable pour contracter mariage? A ces demandes, il est difficile de répondre. Notre science et notre conscience sont mises à l'épreuve de ces autorisations journalières. La facilité des récidives, les retours si lointains de la syphylis, nous commandent la plus grande réserve. De là sont venus ces traitements probatoires dont la réalité me paraît contestable, en vertu desquels on peut réveiller, par des manifestations provoquées du côté de la peau, l'état ensommeillé de la puissance syphylitique. Pour ma part, quand je suis assuré d'une ancienne syphylis, je n'hésite pas à conseiller un traitement préventif de même nature que le traitement curatif dont je parlerai, épreuve de quelques mois qui lève mes doutes et rassure mon malade. J'y reviendrai.

LE MERCURE, SA PROPRIÉTÉ DOMINANTE.

Il n'est pas possible de rappeler ici tous les méfaits attribués à ce métal. La liste en serait trop longue. Je me dispense de célébrer aussi ses vertus héroïques trop exagérées, désirant examiner, de sang-froid et sans parti pris, son action sur l'organisme et tout le secours que le praticien peut en tirer. C'est à tort, semble-t-il, que les médecins se sont divisés en *mercuristes* et en *anti-mercuristes*. La science et les malades n'ont guère profité, d'abord, de ce dualisme; mais le temps a marché, et c'est après des exagérations thérapeutiques dans les deux sens, qu'on est arrivé à une plus saine appréciation des propriétés du mercure. La lutte aura donc été utile, car elle a conduit ceux que n'aveuglaient ni l'attachement aux prati-

tiques du passé, ni l'engouement pour les nouvelles doctrines, à la recherche du rôle réel que joue ce métal dans la cure de la syphylis.

L'étude commençait pour les neutres, juges des coups entre les deux camps opposés. C'était, d'ailleurs, œuvre d'analyse et d'observation sincère. Comme nous le verrons tout à l'heure, le corps médical est arrivé à un sage éclectisme et se contente de mettre à profit, en certaines circonstances bien précisées, les propriétés désormais mieux connues de ce précieux agent.

Déjà on connaissait l'action physiologique du mercure chez les sujets sains. J'en trace les traits généraux : le ptyalisme, les éruptions vésiculeuses, le ramollissement des muqueuses, des gencives en particulier et en premier lieu, les ulcérations aphtheuses de la bouche, le scorbut mercuriel, les dyspepsies, le dévoiement, la desquammation des grandes surfaces muqueuses, le tremblement musculaire, les névralgies variées et la débilitation profonde de l'organisme. On savait la longueur et la difficulté de l'élimination du mercure, proportionnées à sa puissance de diffusion, et ces phénomènes ultimes du summum de l'empoisonnement : caries et nécroses.

Les ouvriers chapeliers, ceux des mines d'Almaden et d'ailleurs, les étameurs de glace, les doreurs par l'ancien procédé, n'étaient que de trop probants témoins de l'altération intime des actes de la nutrition. Tels sont, en traits rapides, les résultats de l'observation sur la sursaturation mercurielle.

Chez les malades, le mercure employé aux doses thérapeutiques, d'abord exagérées, ne laissait pas que de surprendre les esprits les moins prévenus.

Contre la syphylis, le mercure produit des résultats souvent admirables. Sans nous occuper ici de la durée de son influence et de la cure plus ou moins totale du mal syphylitique, ce qui se distingue le plus nettement, au milieu de l'intrication des faits, c'est la rapidité avec laquelle certaines lésions se modifient et disparaissent.

Il est vraiment remarquable de voir la rapide résolution des condylômes de l'iris, sous l'action du calomel. Pour ne citer que quelques exemples : les papules muqueuses et cutanées, les tubercules, les écthyma rebelles, les gommes naissantes et les plaies syphylitiques à base indurée, se modifient rapidement par le mercure *intus et extra*. Il devient évident, par l'observation directe et incessamment renouvelée, que le mercure efface les éruptions cutanées-à caractère induré et crustacé; qu'il résout les formations plasmatiques nouvelles, degrés plus avancés de l'empoisonnement.

La vertu maîtresse du mercure éclate, surtout, dans cette puissance de résorption. Dissiper les indurations est, sans conteste, son triomphe. Le maximum de son effet se produit à l'occasion des accidents secondaires. Certains accidents tertiaires. même, sont plus ou moins ses justiciables, et à cette limite indécise, qui marque la transition d'une période à une autre, on se trouve très-bien de la combinaison des sels mercuriels et de l'iodure de potassium. C'est ainsi que des préparations nombreuses : sirop de Larrey, de Cuisinier, de Boutigny, etc., etc., réalisent cette alliance et donnent d'excellents résultats.

En résumé, en thérapeutique, le mercure est bien nommé un résolutif altérant, résolutif puissant, demandant pour être bien manié, sagacité et prudence. Graves d'un mot l'a défini, *antiplastique*.

La dose en doit être proportionnée non-seulement à l'intensité et à la gravité des manifestations syphylitiques, mais encore et surtout à la résistance et aux aptitudes diverses de tempérament et de santé des sujets contaminés.

Sa caractéristique est donc d'agir contre certaines lésions; de fluidifier d'abord et de faire reprendre ensuite par la circulation, les plasma nouveaux, que développe successivement dans l'intimité de nos tissus, le poison-virus. Ce n'est pas peu de chose.

Dissiper des tumeurs des muscles, du tissu cellulaire ou du parenchyme des grands viscères; délivrer un nerf comprimé; sauver un œil menacé dans son iris, sa choroïde, sa rétine ou la

transparence de ses humeurs; cicatriser des plaies atoniques, repoussantes et d'une durée indéfinie, etc., etc., voilà, certes, un rôle important!

Quel est le médecin qui ne voudrait pas, par esprit de système, utiliser d'aussi précieuses propriétés?

Amender et guérir une lésion qui, par son siége, son étendue, ou sa gravité propre, s'élève à la hauteur d'une maladie, est un avantage que nous voudrions bien posséder dans tout le cadre nosologique, alors que nous sommes si souvent astreints à la médecine des symptômes.

Je n'insiste pas sur l'abus thérapeutique du mercure, c'est affaire de tact, de doses, d'association avec les toniques.

Tout ce qui précède et tout ce qui suit, est donc plutôt une affirmation de l'utilité du mercure qu'un encouragement donné à la prévention vulgaire [1] qui veut faire de ce métal, à doses thérapeutiques, un agent dangereux et encore moins la cause unique des accidents secondaires et tertiaires.

Autant que l'observation isolée peut convaincre, je pense qu'il faut résumer ainsi l'action du mercure contre la syphylis : Il guérit un grand nombre de déterminations syphylitiques, suspend la marche des accidents, sans toucher à la diathèse elle-même.

Si, dans un grand nombre de cas, des praticiens éclairés affirment que le mercure seul a guéri des syphylis, cela tient uniquement à l'ignorance de la marche naturelle de cette maladie. Ce même fait s'est passé dans le monde médical, à propos du traitement de la pneumonie, de la saignée, de l'émétique et de l'expectation. De là vient le succès des homœopathes de Vienne.

[1] Pendant la lutte que se livraient naguère les mercuristes et les anti-mercuristes en Allemagne et en Angleterre, des hommes considérables par leur savoir, Graves entre autres, attribuaient les periostites, les ostéites et les nécroses et caries consécutives, à l'action du mercure. Aujourd'hui, même en Allemagne, les opinions absolues de Fricke et de Gunther n'ont plus la même faveur. Depuis que des travaux plus récents ont mis en lumière la marche naturelle croissante du mal chez des sujets affaiblis ou prédisposés, jusqu'aux lésions osseuses et périostiques, on a relevé le mercure de ces injustes accusations, au moins dans ses applications thérapeutiques.

A une époque où le cycle naturel de la pneumonie était inconnu, beaucoup de traitements triomphaient de cette maladie, par la simple raison qu'un grand nombre de pneumonies guérissaient spontanément. Sans forcer les analogies, je crois qu'on peut en dire autant de la syphylis et des traitements divers qui lui ont été appliqués, et, en particulier, du mercure.

VARIÉTÉS DE SYPHYLIS.

Des syphylis, cela est incontestable, sous l'influence de causes inconnues autrefois, s'éteignent, se guérissent, même sans traitement. Dans un grand nombre de cas, l'évolution du mal marche plus ou moins rapidement à la cachexie, après avoir déroulé le tableau varié de ses manifestations cutanées, muqueuses, cellulaires, ganglionnaires, musculaires, osseuses et viscérales. Enfin une troisième catégorie de malades, après des manifestations assez durables, prennent le dessus et guérissent lentement, tantôt avec, tantôt sans traitement.

Il fut un temps où la progression fatale de la syphylis paraissait être la loi générale. Aujourd'hui on en est revenu. Comme l'observation démontrait que des syphylis confirmées se guérissaient toutes seules, on fut conduit à distinguer des degrés dans l'intensité du mal.

Je n'examine pas, faute de preuves, si les progrès de l'hygiène générale ou la diminution de nocuité du virus par son passage à travers de nombreux organismes, sont la cause des variétés de syphylis observées. Ce qui me paraît ressortir incontestablement de la clinique actuelle, comme le démontrent les travaux de Diday, c'est la division possible du mal en syphylis intense, moyenne et faible. Cette classification prouve bien qu'il y a des choix à faire, que le type immuable de la syphylis est bien loin de se reproduire, inévitablement, dans chacune de ses victimes.

N'y a-t-il pas lieu de se demander, si l'élimination du virus

plus ou moins facilitée par l'état de la nutrition, les professions et les climats, n'est pas la seule cause de ces profondes différences ?

Pour ma part, j'hésite à croire aux variétés de syphylis provenant des variétés du virus lui-même, de telle sorte qu'il puisse exister un virus faible, moyen, intense, à marche lente ou à marche rapide. Il en est du virus comme de la plante. Je crois à l'identité constante de la graine, reproduisant toujours le même végétal, susceptible d'ailleurs, de plus ou moins de développement, suivant la nature du sol, l'exposition, le climat, les influences de voisinage, etc., etc.

Ceci n'est pas seulement une abstraction, une vue de l'esprit, généralement admise, car il est des faits, qui en font une réalité. C'est ainsi que la débilitation syphylitique, traitement à part, est moins accusée chez les sujets forts que chez les faibles ; que la syphylis guérit plus vite sous les climats chauds ou tempérés que sous les climats froids ou humides ; que, toutes choses égales d'ailleurs, le travailleur assidu guérit plus rapidement que l'opulent oisif.

Il est donc plus acceptable de croire à une cause toujours identique à elle-même et plus conforme aux faits, d'établir des différences, plutôt par les sujets atteints que par une cause variable et d'elle-même plus ou moins active.

En somme, nous nous trouvons, dans la pratique, en présence de faits, en apparence contradictoires ; ici, guérison sans traitement ; là, guérison avec léger ou sévère traitement ; plus loin, incurabilité malgré le traitement. En passant, je concède volontiers que l'incurabilité de la syphylis dépend, le plus souvent, d'un traitement trop tardif ou d'états morbides antérieurs.

Les variétés de syphylis, aussi bien que la variété des traitements dont chacun peut réclamer des succès, me conduisent à penser, que le principe morbigène est brûlé, éliminé plus ou moins vite, suivant les sujets, avant d'avoir atteint le degré des opérations inconnues, en vertu desquelles se produisent telles ou telles lésions, depuis les plus précoces jusqu'aux plus tardives. Il n'y a de

possible que cette explication, pour mettre de l'accord entre l'unité de la cause et la variété des effets. J'ajoute qu'elle ne contredit pas les notions de physiologie.

Je ne m'arrête pas aux considérations de pure théorie, émises à propos des faits de guérison spontanée avant la période tertiaire et la cachexie. Les lésions apparues sont-elles de simples efforts de la nature cherchant à éliminer le virus? Pour les cas relativement rares, il est vrai, qui sont rebelles à toute médication, que devient cette *natura medicatrix?* Alors, le procédé naturel, éliminateur et curateur agit en sens inverse. Avec le temps, les manifestations syphylitiques deviennent plus profondes, envahissent le système osseux, nerveux et les grands viscères. C'est à ces moments qu'il faut tenir peu de compte de la nature médicatrice et qu'il est donné au médecin de regretter un traitement trop tardif ou le mariage de la diathèse syphylitique avec quelque état maladif préexistant.

Toutes ces considérations seraient oiseuses, si elles ne contenaient en germe les principes d'un traitement rationnel et pratique. Quand la cause d'une maladie est unique, que les effets en sont toujours semblables et ne présentent de différences qu'à l'occasion des malades atteints, il faut chercher les causes de ces différences dans les malades eux-mêmes. Vu de ce côté, le champ d'études se rétrécit et s'éclaire, et la thérapeutique gagne et en précision et en efficacité.

INCONVÉNIENTS OU AVANTAGES DE LA MÉDICATION MERCURIELLE LONGUEMENT APPLIQUÉE.

J'ai pu constater le sommeil quelquefois très-long du mal syphylitique, sous l'influence du mercure. On verra les observations que j'ai recueillies et j'espère qu'elles entraîneront la conviction.

En regard de ce premier inconvénient, je livre à l'étude de mes confrères, une autre critique plus grave que j'adresse à la médication

mercurielle. C'est, non-seulement d'arrêter l'évolution du mal dans sa marche, mais encore de la rendre irrégulière, à ce point que, des lésions très-avancées surgissent sans les manifestations plus précoces qui, d'habitude, les précèdent.

J'ai vu la période secondaire manquer en totalité ou en partie et les symptômes de la période tertiaire éclater au milieu de la plus parfaite sécurité.

La succession de tous les accidents possibles n'est pas de rigueur chez chaque sujet atteint. Il est même probable qu'il n'existe plus de nos jours des types complets de la maladie. Sur des malades, livrés à eux-mêmes, certains traits peuvent manquer au tableau anatomo-pathologique si connu. Ici l'onyxis, là l'iritis, plus loin le testicule syphylitique, enfin telle ou telle éruption cutanée peuvent faire défaut; mais on n'a jamais vu une période manquer en entier.

Il m'a été donné de voir une syphylis passer, sans autre transition qu'un long intervalle de temps, des accidents bucco-pharyngiens aux lésions osseuses les plus avancées. (Voir observation II.)

Ainsi donc je remarque deux faits, dignes d'attention : le premier, retard dans l'évolution du mal; le second, irrégularité et lacunes dans l'ordre de succession des faits qui forment le cycle vénérien.

Le retard est bien connu et attire depuis longtemps l'attention; quant à la seconde remarque, j'appelle sur elle le contrôle du public médical; j'espère que des travaux ultérieurs et des observations nouvelles confirmeront ces faits et dans leur existence et dans leur cause.

Ces deux influences sur la syphylis, attribuables au mercure, et que je désigne sous le nom d'*inconvénients*, méritent une toute autre qualification suivant le point de vue auquel on se place. Accepter cette double action, pour celui qui croit à la guérison par le mercure seul, à la spécificité, est évidemment mettre en doute la puissance curative absolue du médicament favori. Dans le cas contraire, c'est un avantage de pouvoir, à un moment donné,

retarder, immobiliser le processus et donner plus de temps et plus de prise à toute autre médication, pour celui qui ne fait du mercure que le remède éventuel de certains accidents syphylitiques. De telle sorte que, dans certains cas où les lésions se succèdent avec rapidité, cet inconvénient du mercure devient un réel avantage, non-seulement en guérissant les lésions actuelles, mais, aussi, en retardant l'apparition de lésions futures plus profondes. C'est du temps de gagné et que la médecine peut utiliser en restaurant l'économie et en usant du traitement dépurateur, vraiment curatif, qui s'adresse au mal lui-même et non pas seulement à ses diverses manifestations.

TRAITEMENT DE LA SYPHYLIS

Il est admis que la syphylis peut guérir spontanément, à des âges divers de son évolution. Malheureusement, les conditions de ces guérisons n'ont guère été étudiées. Mises, autrefois, sur le compte d'immunités particulières, *grâces d'état,* comme on disait, ces guérisons me paraissent être plutôt des cas d'élimination rapide, que des syphylis nativement de faible intensité. Dans d'autres cas nombreux où le mercure était administré, ce dernier a bénéficié du travail propre de la nature.

On verra, dans les observations ici relatées, des exemples de guérison, à une période peu avancée, par le traitement que je préconise, dans lesquels, selon toute probabilité, l'art a agi comme l'aurait fait la nature dans la guérison spontanée.

D'autre part, il est des syphylis incurables, soit parce que l'organisme est déjà malade, ou parce que le traitement a été commencé trop tard.

Cette variété même, dans les effets produits, indique qu'il faut toujours traiter sérieusement les syphylisés, dans l'ignorance où l'on est des qualités du terrain sur lequel le virus peut ou non développer tout ou partie de son action.

En premier lieu, il est facile de voir la résistance à la syphylis des sujets robustes. Ceci ressort de tous les travaux connus. Ce fait a paru si directement déduit de l'observation journalière, qu'il n'est pas un traitement anti-syphylitique qui ne soit d'abord un traitement essentiellement tonique. On a été même plus loin, et pas sans succès; il est, en effet, des médecins qui se contentent, pour user la syphylis, de fortifier la résistance des organismes contaminés et d'attendre, sauf à intervenir avec le mercure ou l'iodure de potassium, quand il y a lieu. Au contraire, la faiblesse native ou acquise, le tempérament lymphatique, les diathèses préexistantes, l'alcoolisme habituel et toutes les causes qui diminuent l'énergie vitale favorisent la syphylis dans sa durée et son intensité.

Ce que nous savons de la résistance organique aux influences débilitantes, doit nous faire placer les syphylisés dans les meilleures conditions d'hygiène générale. L'aération, l'alimentation doivent être particulièrement surveillées. Tout ce qui constitue une tonification de l'économie doit être employé, surtout vis-à-vis des sujets affaiblis. Il ne faut pas considérer cette recommandation première comme une banalité thérapeutique, prescrite à peu près contre toutes les maladies. Ici elle joue un rôle considérable.

Les toniques ont, en effet, suffi par eux-mêmes à des guérisons incontestées et, dans tous les cas, aident l'organisme à supporter le reste du traitement.

Il ne faut pas oublier que le fer et l'arsenic, dont les succès ne sont pas négligeables et qui n'ont aucune prétention à la spécificité, n'agissent qu'en toniques reconstituants.

Tonifier est donc la première règle du traitement. Immédiatement se présente à l'esprit le reste de la médication devant atteindre le mal lui-même, traitement de la diathèse, et la médication propre aux accidents nombreux qui marquent les étapes de l'évolution syphylitique, traitement des accidents.

TRAITEMENT DE LA DIATHÈSE

En général, tonifier ne suffirait pas pour guérir. Le malade doit subir ce que j'appelle un *traitement de fond,* qui me paraît directement combattre l'empoisonnement syphylitique. C'est ici qu'il est permis de négliger l'administration du mercure.

Le praticien doit s'inspirer des actes de la nature et provoquer des combustions plus actives. Le travail musculaire, l'énergie de la respiration, l'exaltation des fonctions de la peau et des muqueuses, tout ce qui renouvellera plus vite et nos tissus et notre sang, joueront un rôle extrêmement utile, à la condition, toutefois, que la réparation soit en harmonie avec les déperditions.

Cette manière d'agir n'est pas une vue théorique et simplement de l'ingéniosité médicale.

On peut invoquer à son profit les principes physiologiques empruntés aux fonctions d'élimination. Il est permis de penser qu'un surcroît d'oxydations doit consommer, réduire et finalement expulser, par toutes les voies, des principes étrangers à l'organisme. Pour être efficace, cette élimination doit être rapide. Il faut agir, c'est-à-dire brûler ces principes nuisibles, le plus tôt possible, avant qu'ils n'aient préparé, dans l'intimité de notre être, ces combinaisons silencieuses, persévérantes, en vertu desquelles apparaissent, ultérieurement des lésions de plus en plus graves.

Augmenter l'énergie de la nutrition, assez activement pour brûler le germe morbigène avant ses effets, sans trop consommer le support, telle est la deuxième partie du traitement de la diathèse.

On peut encore, et c'est assurément pour tous les esprits un argument plus décisif, invoquer l'autorité des faits. Voici, à ce sujet, ce que nous apprend l'observation. Des syphylis se guérissent *sponte sua.* Des syphylis se guérissent par le traitement tonique seul, quand elles sont de faible intensité, c'est-à-dire sur des sujets résistants.

La syphylis se guérit vite chez les manouvriers bien nourris, dont la peau et les muscles fonctionnent beaucoup. Les terrassiers, les ouvriers des champs, les verriers qui ne s'adonnent pas à l'alcool, les nègres employés aux plantations de cannes à sucre, les arrimeurs, etc., arrivent rarement aux accidents tertiaires. J'attire spécialement l'attention sur les nègres qui, vivant en certaines colonies dans un état de honteuse promiscuïté, prêtent à la syphylis un terrain de facile et fréquente propagation. Rarement soignés, ils échappent comme par miracle aux accidents ultimes de la syphylis et ne doivent qu'au travail et à l'élimination cutanée le privilége dont ils paraissent jouir. La race est toujours belle, toujours prolifique et ne paraît pas dégénérer. L'alcool la décime beaucoup plus que la syphylis.

Les climats chauds et tempérés sont favorables à la guérison. C'est ainsi que les médecins russes envoient en Crimée et dans l'Europe méridionale les syphylis rebelles. Enfin, l'expérience actuelle des médecins de l'École de Lyon, de Diday, de Jullien, de N. Venot, de Bordeaux, témoignent de l'efficacité de ce traitement.

Théorie et pratique se prêtent un mutuel appui pour démontrer que le mercure n'a rien à faire contre le mal lui-même. Enfin, on verra les observations que je mentionne dans ce travail corroborer les principes ci-dessus énoncés.

De tout temps, les purgatifs, les diurétiques, les sudorifiques ont été employés contre la syphylis, mais d'une main trop parcimonieuse.

Je cite une observation curieuse de guérison par les purgatifs employés exclusivement et longtemps.

La thérapeutique est riche en moyens stimulateurs des déperditions. Les malades prêtent de grandes surfaces au travail éliminateur; la peau d'abord, les muqueuses ensuite, en particulier la muqueuse digestive. A mon avis, il faut être sobre dans la mise en jeu de l'élimination par les muqueuses, qui se lassent bien vite et amènent pour les malades une grande fatigue. En particulier, il ne

faut pas abuser des diurétiques. Il en va tout autrement pour la peau, et c'est surtout là qu'il faut frapper.

Abstraction faite, pour un moment, des lésions possibles, actuelles, de la syphylis et aussitôt qu'un degré plus avancé de l'infection est démontré par les premiers accidents secondaires, on peut commencer *le traitement de fond.*

Voici comment je le formule en général;

Bains de vapeur ou bains à l'étuve sèche, suivis de douches d'abord tempérées, puis froides, trois fois par semaine. Bains sulfureux suivis de frictions sèches, trois fois par semaine, aux jours intercalaires. Enfin, chaque semaine, le dimanche en général, jour dans lequel ne se prend aucun des bains sus-désignés, j'administre un purgatif salin, cinquante à soixante grammes de sel de Sedlitz. Après un mois de ce traitement, j'accorde quinze jours de repos et je reprends, *ut supra*, un mois encore.

Suivant l'induration du chancre initial, la confluence des premiers accidents bucco-pharyngiens, l'adénopathie l'intensité du mal enfin, je conseille ou non un troisième mois ou plus du même traitement.

Les variantes sont permises. J'en use volontiers pour le bain de vapeur, auquel je substitue souvent le bain de chaleur à l'étuve sèche, qui, quoique plus excitant, provoque une transpiration plus rapide et plus abondante. Pour les malades aisés, il faut tenir la main à l'observation rigoureuse de ces diverses prescriptions, car ils ne demandent pas mieux que de transiger. Chez eux, la syphylis est plus difficile à guérir. Pour les travailleurs, dont le métier vient en aide au médecin, on peut supprimer quelques bains ou raccourcir la durée de la cure. J'ai toujours remarqué chez tous, après la première semaine, une grande fatigue, à laquelle succédait bientôt un énergique appétit. Les malades maigrissent et se sentent plus vigoureux. Inutile de dire, que l'alimentation doit être mixte, cependant très-azotée et proportionnée à la dépense, qui devient considérable.

Quand il m'est possible d'envoyer mes malades aux eaux minérales des Pyrénées, je profite de l'occasion pour leur faire subir le double traitement usité dans les stations bien outillées : la balnéation simple sulfureuse en premier lieu, ensuite l'hydrothérapie ordinaire et les sudations préalables, suivant les cas.

Cependant, il n'est pas nécessaire d'aller aux Pyrénées pour guérir une syphylis, et je maintiens, en reconnaissant l'utilité de la cure pyrénéenne, qu'elle n'est pas indispensable.

Pour obéir aux indications du traitement général, il ne faut pas se faire l'esclave d'une formule. Si je me permets d'indiquer les moyens méthodiques que j'emploie, je reconnais qu'il est facile d'en trouver d'autres, dans le même ordre d'actions physiologiques.

A ce titre, les diurétiques et les purgatifs peuvent être employés, mais pour peu de temps. Je n'ai pas besoin de dire que la gymnastique réglée, l'escrime, le canotage; tous les travaux et exercices du corps, quand ils sont possibles, sont des adjuvants précieux.

Grâce à leur concours, j'ai pu diminuer la rigueur du traitement primitivement prescrit.

TRAITEMENTS DES ACCIDENTS.

Quand les accidents se font jour, je parle des secondaires, il faut sans hésitation recourir au mercure. En général, les accidents consécutifs au chancre, comme les roséoles, les premières poussées ganglionnaires, les plaques muqueuses de la bouche, etc., etc., ne sont pas influencés par le mercure.

Aussitôt que des lésions secondaires apparaissent, pour peu qu'elles menacent d'être importantes, de stationner ou de s'accroître, il faut employer la médication spécifique jusqu'à leur disparition. S'il est possible de mener de front le traitement de fond et le spécifique, on gagne du temps, et, dans ces cas, pas n'est besoin d'employer les doses ordinaires de proto-iodure ou de bichlorure d'hydrargyre. Les propriétés spéciales des sels mercuriels

semblent s'exalter sous l'influence du travail de la peau et des muqueuses. On peut voir dans mes observations, que, la plupart du temps, je me contente, par jour, de cinq centigrammes de protoiodure ou de deux à trois milligrammes de sublimé corrosif.

Les syphylides secondaires guérissent plus vite, par le mercure, *intus* qu'*extra*. Ce qui n'empêchera pas le praticien d'user, à l'occasion, du bain de sublimé, pour venir en aide à la médication interne, quand il sera en présence d'éruptions persistantes.

En général, le mercure agit comme le fer, non pas tant par l'importance de la dose, que par la continuité de l'absorption. En s'inspirant de cette idée, on dépense peut-être un peu plus de temps, mais on ne s'expose pas à affaiblir son malade, ni à lui infliger des dyspepsies rebelles. Il est évident qu'il faut agir autrement, pour les lésions de l'œil ou tout autre organe important. L'iritis, toutes les inflammations de l'œil, et toutes les néoplasies nouvelles qui peuvent atteindre les membranes du globe oculaire, demandent une active et rapide intervention. Le calomel à la dose de quinze à soixante centigrammes par jour, suivant les cas, conduit au résultat désiré et sauve la vision menacée.

L'accident disparu, nous conseillons la reprise du traitement de fond, si les deux médications n'ont pu se faire simultanément.

Toutes les fois, qu'au début des accidents secondaires, on aura été assez heureux pour pouvoir appliquer rigoureusement le traitement de fond, on peut espérer, comme il m'est arrivé, de couper court à l'évolution ultérieure du mal et à guérir la syphylis encore en son jeune âge. Plusieurs de mes observations sont très-probantes, à ce point de vue.

Pour les accidents tertiaires, l'iodure de potassium joue le rôle de spécifique et admirablement. Il est toujours indiqué; cependant, à la limite quelquefois indécise des accidents qui marquent la transition d'une période à l'autre, il est bon de l'associer au mercure.

Je ne m'arrête pas aux complications dues à la scrofule, à la

tuberculose, car, la plupart du temps, ou elles ne font que retarder la guérison, ou elles sont au-dessus des ressources de l'art.

Les diathèses herpétique, arthritique, goutteuse amènent moins de dangers par leur mariage avec la syphylis, et se trouvent bien du traitement de fond indiqué pour cette dernière maladie.

DE L'ADMINISTRATION PROLONGÉE DES PRÉPARATIONS MERCURIELLES.

Si j'excepte les faits précisés plus haut qui demandent l'emploi des sels mercuriels, il ne s'ensuit pas qu'il faille bannir absolument leur administration prolongée. Il résulte, en effet, des observations par moi recueillies, que le mercure suspend l'évolution et retarde les poussées de la période secondaire. Quand donc celle-ci se présenteront avec un caractère de confluence exagéré et de succession rapide, il est naturel de mettre à profit la double propriété du mercure, curative pour les unes, ralentissante pour les autres, en l'employant pendant une durée plus longue que la cure des accidents actuels. Je pense que l'on doit ainsi arriver à ensommeiller le mal, suffisamment de temps, pour appliquer le traitement curatif. Cependant, si légitime que me paraisse cette manière de faire, je conviens qu'elle a encore besoin de preuves et d'observations plus nombreuses.

C'est peut-être là, le seul trait d'union possible entre le mercurisme moderne et l'anti-mercurisme absolu.

Avec les tempéraments que je signale, on voit que le mercure tient une place importante dans la thérapeutique de la syphylis.

En terminant ce qui a trait au traitement de la syphylis, je pense qu'il est utile, même à la période tertiaire, d'employer les pratiques balnéaires que je préconise.

TRAITEMENT D'ÉPREUVE.

Depuis quelques années, Luchon jouit de la réputation de provoquer des manifestations cutanées syphylitiques, chez des sujets en apparence sains, mais, en réalité, incomplètement guéris. De là est venue la pensée de faire, de l'emploi de certaines sources, une pierre de touche de l'efficacité des traitements antérieurs. C'est ainsi que bon nombre de médecins, avant de permettre le mariage à leurs malades, demandent, pour y être autorisés, une saison à Luchon. Confiant en cette idée, j'ai envoyé moi-même des malades à Luchon, avec recommandation spéciale, et écrite, de leur faire subir cette épreuve décisive.

Je n'ai pu me féliciter du résultat, en tant qu'épreuve assurée et appel en dernier recours. Je suis loin de nier ce qu'en ont dit les médecins de Luchon et, en particulier, M. le D[r] Péry de Bordeaux. Des cas dignes d'attention ont été cités, mais il me semble qu'il ne faut pas généraliser, ce serait s'exposer à des mécomptes.

J'ai envoyé à cette station des malades en pleine puissance de syphylis et chez lesquels l'excitation sulfureuse n'a rien provoqué : ils ont retiré de la médication un grand avantage, mais si je m'en étais rapporté à son action élective sur la peau, j'eusse pu affirmer leur guérison, bien à tort, car, plus tard, j'ai pu constater des accidents plus avancés. D'autre part, j'ai vu, sous l'action des bains sulfureux artificiels, moins actifs que ceux de Luchon, éclater des éruptions sur des malades indemnes de syphylis; j'ajoute que ces éruptions pouvaient facilement prêter à erreur.

Je comprends les déterminations cutanées qui se révèlent aux Pyrénées, au même titre que celles qui apparaissent après une marche forcée, ou une sueur abondante, chez un sujet blanchi par le mercure ou en période silencieuse depuis quelquefois un long temps; mais de là à affirmer une action toute spéciale et toujours

fidèle il y a loin, et se serait risquer d'inspirer aux malades et aux médecins une confiance pleine de périls.

Quand je suis consulté pour savoir si la syphylis est guérie et le mariage possible, je m'informe d'abord du temps écoulé depuis les derniers accidents, ensuite du traitement suivi et de la profession du malade. A l'aide de ces trois renseignements, et après examen minutieux de la peau, des ganglions, des muqueuses et du squelette, je juge s'il y a ou non guérison. Pour peu qu'il subsiste un doute en mon esprit, je demande l'application du traitement de fond pendant un mois ou deux ou trois, suivant les cas. En agissant ainsi, on épargnera des regrets et à soi-même et à ses malades.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES

Imp. Durand, rue Vital-Carles, 24, Bordeaux.